

**Содержание**

Пояснительная записка

1 Теоретический раздел ЭУМК. Тексты лекций по учебной дисциплине «Медицинская психология».

1.1 Предмет, задачи, методы исследования в медицинской психологии и виды психологической помощи в клинике

1.2 Психическое здоровье и психическая болезнь

1.3 Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга и тревожных расстройств

1.4 Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств и расстройств настроения

1.5 Патопсихологическая характеристика расстройств личности и шизофрении

2 Практический раздел ЭУМК

2.1 Задания к практическим занятиям по медицинской психологии для слушателей специальности «Практическая психология» заочной формы обучения

2.2 Задания к лабораторным занятиям по медицинской психологии для слушателей специальности «Практическая психология» заочной формы обучения

3 Раздел контроля знаний ЭУМК. Вопросы к зачету по курсу «Медицинская психология»

4 Вспомогательный раздел ЭУМК

4.1 Учебно-тематический план переподготовки слушателей специальности 1-03 04 72 «Практическая психология» заочной формы обучения по дисциплине «Медицинская психология»

4.2 4.3 Учебная программа по дисциплине «Медицинская психология» по специальности 1-03 04 72 «Практическая психология»

**Пояснительная записка**

Медицинская психология - отрасль психологии, которая сформировалась на стыке с медициной, она использует знания психологических закономерностей в медицинской практике: в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. Актуальность изучения данной дисциплины обусловлена тесной взаимосвязью медицинской и психологической составляющих личности, и взаимозависимостью этих составляющих, новыми подходами к психологической коррекции, психопрофилактике и психотерапии, что связано с использованием мультидисциплинарных подходов, и требует четкого взаимодействия при психологической коррекции и психотерапии со специалистами медицинского профиля – психотерапевтами, психиатрами, невропатологами.

Эффективное выполнение должностных обязанностей педагога-психолога в учреждениях образования, которые включают как психологическую диагностику, так и психологическую профилактику и психологическую коррекцию детей, невозможно без знаний основ медицинской психологии.

Целью курса «Медицинская психология» является овладение слушателями основами медицинской психологии.

Задачами дисциплины являются:

- ознакомление с основами теоретических понятий, которыми оперирует медицинская психология;

- усвоение основных законов и принципов, на которые опирается медицинская психология;

- формирование практических умений и навыков, применяемых в медицинской психологии.

ЭУМК включает разделы: теоретический, практический, контроля знаний и вспомогательный.

Теоретический раздел ЭУМК содержит тексты лекций для теоретического изучения учебной дисциплины в объеме, установленном типовым учебным планом по специальности 1-03 04 72 «Практическая психология».

Практический раздел ЭУМК содержит материалы для проведения практических и лабораторных занятий со слушателями специальности 1-03 04 72 «Практическая психология» заочной формы обучения.

Раздел контроля знаний ЭУМК содержит материалы итоговой аттестации (вопросы к зачету), позволяющие определить соответствие результатов учебной деятельности обучающихся требованиям образовательных стандартов высшего образования и учебно-программной документации образовательных программ высшего образования.

Вспомогательный раздел ЭУМК содержит учебно-тематический план переподготовки слушателей специальности 1-03 04 72 «Практическая психология» заочной формы обучения по дисциплине «Медицинская психология», учебную программу по дисциплине «Медицинская психология» по специальности 1-03 04 72 «Практическая психология», перечень учебных изданий и информационно-аналитических материалов, рекомендуемых для изучения учебной дисциплины.

**1 Теоретический раздел ЭУМК**

**Тексты лекций по курсу «Медицинская психология»**

**Тема №1: Предмет, задачи, методы исследования в медицинской психологии и виды психологической помощи в клинике**

1. Предмет и задачи медицинской психологии.

2. Методы исследования в медицинской психологии.

3. Этические аспекты деятельности медицинского психолога.

4. Основные направления психологической помощи в клинике.

**1 Предмет и задачи медицинской психологии**

При изучении медицинской психологии возникают определенные трудности, которые вызваны отсутствием общих представлений о клинике заболеваний, целостности образа психики больного. В учебных пособиях существует известная терминологическая размытость и путаница в определении медицинской психологии.

Содержание медицинской психологии, ее место, объем до сих пор по-разному понимаются специалистами. Общим является то, что медицинская психология рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. При этом она изучает проблемы медицины в психологическом аспекте и методами психологии.

В большинстве стран распространено понятие клинической психологии, а не медицинской. В клиническую психологию в США включаются психотерапия, психодиагностика, консультативная психология, психогигиена и реабилитация, некоторые разделы дефектологии, психосоматика. В Польше медицинская психология также понимается достаточно широко, в число ее задач включаются диагностика, клинико-восстановительная деятельность, реабилитация инвалидов, психотерапия, психокоррекция, контроль эффективности психокоррекции и психотерапии.

В нашей стране К. К. Платонов рассматривал клиническую психологию как часть медицинской психологии. Клиническая психология, по его мнению, имеет прикладное значение, отвечая потребностям клиники: психиатрической, неврологической, соматической. В медицинскую психологию Платонов включил помимо клинической психологии психогигиену.

По направленности психологических исследований (на выявление общих закономерностей либо на особенности конкретного больного) можно выделить **общую** и **частную** медицинскую психологию.

**Общая медицинская психология** изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

1. Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.
2. Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.
3. Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.
4. Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.
5. Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.
6. Общую психотерапию.

**Частная медицинская психология** изучает конкретного больного, а именно:

1. особенности психических процессов у психических больных;
2. психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;
3. особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);
4. психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);
5. особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;
6. психику больных алкоголизмом и наркоманией;
7. частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии: в психиатрической клинике – **патопсихология**; в неврологической – **нейропсихология**; в соматической – **психосоматика**.

**Патопсихология** изучает, по определению Б. В. Зейгарник, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. При этом патопсихология использует психологические методы, оперирует понятиями современной психологии. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

**Психосоматика** изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

Из всего объема медицинской психологии в данном пособии основное внимание будет уделено **патопсихологии.** Патопсихологию следует отличать от психопатологии. Последняя является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии – клинико-описательный.

На развитие медицинской психологии оказывают существенное влияние следующие медицинские дисциплины: психиатрия, неврология, нейрохирургия, психотерапия, терапия. Это влияние взаимообразно. Близка медицинская психология и к ряду других психологических и педагогических наук – экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофрено-педагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Медицинская психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии:

1. соотношение социального и биологического в развитии психики,
2. анализ компонентов, входящих в состав психических процессов,
3. развитие и распад психики,
4. роль личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности.

Медицинская психология использует знания педагогики, социологии, философии и т.д. Необходимость комплексного подхода пронизывает всю работу медицинского психолога.

**2 Методы исследования в медицинской психологии**

Методы общей и медицинской психологии во многом пересекаются, поскольку методы, например, исследование памяти, внимания, мышления, темперамента применимы как в «здоровой» группе, так и для больных; более того, «здоровая группа» используется как эталон сравнения.

Методы делятся на основные и вспомогательные. ***Основные – наблюдение и эксперимент, все остальные – вспомогательные.***

***Наблюдение*** – изучение психологических явлений без вмешательства в их течение.

*Научное* наблюдение – организовано, имеет план, фиксацию результатов в специальном дневнике.

*Включенное* наблюдение – предполагает участие исследователя в деятельности, которую он изучает.

*Невключенное* наблюдение – не предполагает участия исследователя.

Метод наблюдения является наиболее фундаментальным методам психологического исследования. Он заключается в профессиональной регистрации *всех выявляемых* во внешнем поведении испытуемого *проявлений* внутренней психологической структуры. Разновидность метода наблюдения – клинико-психологический метод (профессиональная психологическая беседа с больным). Роль метода наблюдения возрастает при подозрении о симуляции и диссимуляции.

Э***ксперимент*** – метод, предполагающий активное вмешательство исследователя в деятельность испытуемого с целью создания наилучших условий для изучения конкретных психологических явлений.

Эксперимент может быть *лабораторным*, когда он протекает в специально организованных условиях, а действия испытуемого определяются инструкциями, *естественным*, когда изучение осуществляется в естественных условиях, *констатирующим,* когда изучаются лишь определенные психологические явления, *формирующим* – в процессе которого развиваются определенные качества.

***Вспомогательные методы.***

***Опрос*** – метод, предполагающий ответы испытуемых на конкретные вопросы исследователя. Опрос может быть письменным (анкетирование), устным (беседа) и в форме интервью.

Интервью предполагает установление личного контакта с испытуемым, имеет свои принципы, этапы и схему проведения.

***Тестирование*** – метод, в ходе которого испытуемый выполняет определенные действия по заданию исследователя. Для тестирования разработаны многие методики. Отличие тестирования от опроса:

***1***. Тест предназначен для измерения конкретного психического свойства (качества).

***2***. Для теста обязательна процедура валидизации и стандартизации.

***3***. Тест имеет теоретическую обоснованность.

***Анализ результатов деятельности*** – метод опосредованного изучения психологических явлений по практическим результатам и предметам деятельности, в которых воплощаются творческие способности людей.

***Метод экспертных оценок*** *–* метод, предполагающий количественное оценивание экспертами выраженности дробных, частных элементов поведения, понятных и однозначных.

***Метод самонаблюдения****.*

***Методы статистической обработки результатов психологических исследований.***

В. Д. Менделевич подразделяет методы, применимые в медицинской психологии, на три группы: 1.  клиническое интервьюирование. 2.  экспериментально-психологические методы исследования. 3.  методы оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

**Клиническое интервью.**

***Клиническое интервью*** – это метод получения информации об индивидуально - психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни, структуре проблемы пациента, а также способ психологического воздействия на человека на основе личного контакта.

***Цели интервью***:

выявление активно предъявляемых жалоб;

оценка индивидуально-психологических особенностей человека, отнесение их к психологическим феноменам или психопатологическим синдромам;

установление отношений доверия;

выявление скрытых мотивов поведения человека;

помощь в формулировании проблемы и осознавании оснований для измененного состояния;

психологическая поддержка.

***Функции интервью*** – диагностическая и психотерапевтическая.

***Принципы интервью****:*

1) однозначность и точность – корректное формулирование вопросов.

2) доступность – учет уровня знаний пациента, словарного запаса, культуральных особенностей.

3) алгоритмизированность – последовательность расспросов, основанная на знаниях в области сочетаемости симптомов, знании психогенеза, типа реагирования (эндогенного, психогенного или экзогенного), уровня расстройств (психотического или непсихотического).

4) проверяемость и адекватность интервью.

5) беспристрастность – исключение навязывания пациенту своей картины симптоматики («Вы о самоубийстве не думали? А Вы подумайте!»).

***Структура клинического интервью (по В.Д.Менделевичу****):*

1 этап. Установление доверительной дистанции, предоставление гарантий конфиденциальности (Ваше право не говорить…, непросто обратится с таким вопросами…все, чем Вы захотите поделиться, останется между нами…).

2 этап. Выявление жалоб, внутренней картины болезни, структурирование проблем (в том ритме и темпе, который удобен пациенту).

3 этап. Оценка желаемого результата интервью и терапии (как Вы представляли нашу беседу и чего ждете от нее? Как Вы думаете, чем я мог бы помочь?).

4 этап. Оценка антиципационных способностей пациента, обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания, антиципационный тренинг (додумывание самых негативных последствий его болезни).

***Невербальный язык***в ходе интервью: визуальный контакт, позы, жесты, расстояние, мимика, интонации и темп речи.

**Экспериментально-психологическое исследование в клинике.**

В психиатрической клинике ЭПО используется:

— для целей экспертизы (трудовой, военной, судебной),

— для дифференциального диагноза,

— для контроля эффективности лечения.

Предметом исследования являются психические процессы испытуемого (восприятие, память, внимание, мышление, эмоции), мотивационная, волевая сферы.

В клинике внутренних болезней (соматической) предмет исследования:

— особенности эмоциональной сферы,

— особенности мотивации.

Реже: когнитивные процессы, поведенческие особенности.

**Методы оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.** Для этого предлагается использовать специальные шкалы, разработанные М. Д. Карвасарским (1985). Исследуются следующие показатели: 1.  степень симптоматического улучшения; 2.  степень осознания психологических механизмов болезни; 3.  степень изменения нарушенных отношений личности; 4.  степень улучшения социального функционирования.

Работа должна проводиться опытным специалистом-психологом. Как правило, для контроля эффективности проводимой терапии может использоваться большая группа тестов, например методы исследования памяти либо шкалы для исследования тревожности.

**3 Этические аспекты деятельности медицинского психолога**

Принцип не нанесения ущерба Клиенту.

Принцип не нанесения ущерба Клиенту требует от Психолога такой организации своей работы, чтобы ни ее процесс, ни ее результаты не наносили Клиенту вреда его здоровью, состоянию или социальному положению. Выполнение принципа регламентируют правила отношений Психолога с Клиентом и Заказчиком и выбора адекватных методов исследования и общения. Клинический психолог не должен вступать в какие бы то ни было личные отношения со своими пациентами (например, сексуальные отношения). Если Психолог приходит к заключению, что его действия не приведут к улучшению или даже представляет собой риск для Клиента, он должен прекратить вмешательство. Если какие-либо обстоятельства вынуждают Психолога к преждевременному прекращению работы с Клиентом, что может отрицательно сказаться на его состоянии, он должен обеспечить продолжение работы с Клиентом.

Принцип компетентности психолога.

Согласно принципу компетентности Психолог может оказывать лишь те услуги, для которых он имеет необходимую квалификацию и образование. В своей работе он руководствуется научными и профессиональными стандартами и применяет апробированные и проверенные методики. Психолог должен придерживаться принципа научной добросовестности и проверять полученные результаты. Психолог может взяться за выполнение только такой работы, которая дает возможность соблюдения вышеперечисленных обязательств. В соответствии со своей компетенцией в психологических вопросах он действует на свою ответственность и независимо. Психолог обязан путем добросовестной подготовки быть информированным в новейших достижениях науки, знать предписания, регулирующие его профессиональную деятельность.

Принцип беспристрастности Психолога.

Принцип беспристрастности Психолога не допускает предвзятого отношения к Клиенту. Все действия Психолога относительно Клиента должны основываться только на основании данных, полученных научными методами. Субъективное впечатление, которое производит Клиент, его социальное положение не должны оказывать никакого влияния на выводы и действия Психолога.

Принцип конфиденциальности деятельности психолога.

Принцип конфиденциальности деятельности Психолога означает, что материал, им полученный в процессе работы с Клиентом на основе доверительных отношений, не подлежит сознательному или случайному разглашению вне согласованных условий. Результаты исследования должны быть таким образом, чтобы они не могли скомпрометировать ни Клиента, ни Заказчика, ни Психолога, ни психологическую науку. Клиническим психологам запрещается, помимо своего профессионального окружения, применять иностранные или технические термины. Психодиагностические данные, полученные относительно студентов при их обучении, должны рассматриваться как конфиденциальные, как и сведения о клиентах или пациентах. При демонстрации конкретных случаев следует заботиться о защите достоинства и благополучии Клиента, в отношении которого должны соблюдаться правила конфиденциальности.

**4 Основные направления психологической помощи в клинике**

Клиническая психология - область профессиональной деятельности психолога, направленная на охрану здоровья и повышение адаптационных возможностей человека. Это область применения психологических знаний и методов в целях укрепления здоровья, профилактики заболеваний, преодоления болезней и успешной социально - трудовой адаптации человека.

Функции клинико-психологической помощи - развитие личности, коррекция, реабилитация, профилактика.

Основные направления психологической помощи в клинике: психологическое консультирование, психологическая коррекция и психотерапия, психологическая реабилитация.

Подход к психотерапии как к одной из функций или целей [психологического](http://bookap.info/#psihologiya) воздействия в клинике подчеркивает роль научной психологии - теоретической основы психотерапии. Наряду с лечением, которое является основной, но не единственной целью (или функцией) психологического воздействия в клинике, можно также назвать такие цели, как профилактика и реабилитация. В этом смысле понятие "психотерапия" можно рассмотреть как более частное по отношению к понятию "психологическое воздействие (вмешательство)".

**Определение психотерапии.** Единого определения психотерапии в настоящее время не существует. Это связано со стремлением представителей разнообразных направлений и школ, основанных на различных теоретических подходах, дать собственное определение психотерапии, соответствующее взглядам авторов. Трудности в выработке определения вызваны также и различными подходами к пониманию самого термина "психотерапия". [Психотерапия](http://bookap.info/psyanaliz/psyanaliz.shtm) традиционно понимается дословно как лечение души (от греч. psyche - душа, therapeia - лечение), иными словами, при таком подходе фиксируется *объект* воздействия - психика. Однако душевные болезни (психические расстройства) и их лечение - это область психиатрии. В этом случае психотерапия становится частью психиатрии, причем довольно ограниченной, поскольку лечение психических заболеваний, лечебное воздействие на психику может осуществляться и по-иному, в частности, фармакологически или хирургически. Другой подход к пониманию термина "психотерапия" акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на *средствах* воздействия. В этом случае психотерапия может пониматься как лечебное воздействие [психологическими](http://bookap.info/#psihologiya) средствами.

В отечественной литературе в большей степени представлен первый подход. Психотерапия определяется, прежде всего, как система лечебных воздействий, входящих в компетенцию медицины. Эти определения включают понятия; лечебные воздействия, больной, здоровье, болезнь, организм и подчеркивают объект воздействия. В качестве примера можно привести следующие определения. Психотерапия - это:

- "система лечебных воздействий на психику и через психику на организм человека";

- "специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья";

- "процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание".

В зарубежной литературе определения психотерапии в большей степени связаны с ее психологическими аспектами, включают понятия: межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, средства воздействия. В качестве примера можно привести следующие определения. Психотерапия - это:

- "особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера";

- "средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными";

- "длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался по коррекции человеческих взаимоотношений".

Попытка объединить оба этих подхода находит отражение в определении психотерапии, предложенном Кратохвилом: "Психотерапия представляет собой целенаправленное упорядочение нарушенной деятельности организма психологическими средствами".

**Клинико-психологические и психотерапевтические вмешательства.** Психологические интервенции в клинической области (в медицине) обозначаются как клинико-психологические интервенции и составляют сущность психотерапевтического вмешательства, то есть психотерапии. Психотерапевтическое вмешательство или психотерапевтическая интервенция - это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия - методов. Термин "психотерапевтическое вмешательство" может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляция, вербализация, интерпретация, конфронтация, научение, тренинг, советы и пр., а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесным образом связана с теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства, целями и задачами психотерапии). Однако функции клинико-психологических вмешательств в клинике не ограничиваются только собственно психотерапией.

С точки зрения Перре и Бауманна клинико-психологические интервенции характеризуются: 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой, в качестве которой выступает теоретическая психология; 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями.

*Методы* клинико-психологических интервенций - это психологические средства, которые выбирает психотерапевт. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты, и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между пациентом или пациентами (теми, кто нуждается в помощи) и психотерапевтом (тем, кто эту помощь оказывает). Однако психологические средства воздействия могут быть направлены не только на изменение психических процессов и состояний, но и, опосредованно, на изменение состояния организма. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия.

*Функции* клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Сходных взглядов в отношении функций или целей клинико-психологических интервенций придерживаются Шмидхен и Бастин. Они выделяют три основных цели психологической интервенции в клинике в соответствии с различными фазами развития психических расстройств: профилактика, терапия и реабилитация. Клинико-психологическая интервенция, осуществляемая в целях терапии (и реабилитации), является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину "психотерапия".

Таким образом, понятие "клинико-психологическая интервенция" является более общим по отношению к понятию "психотерапия" ("психотерапевтическая интервенция"). Психологические вмешательства, не являющиеся собственно психотерапевтическими, играют важную роль также в *профилактике* и *реабилитации*. Ведущая роль клинико-психологических вмешательств в психопрофилактике, профилактике нервно-психических и психосоматических заболеваний очевидна. Она состоит в выявлении контингентов риска и в разработке соответствующих профилактических мероприятий, работе с лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера, кризисными личностными и травматическими стрессовыми ситуациями, с лицами, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями (низкой самооценкой, высоким уровнем тревоги, ригидностью, повышенной чувствительностью к стрессу, низкой фрустрационной толерантностью), повышающими риск возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств. Наряду с собственно психопрофилактикой, клинико-психологические вмешательства играют важную роль и в профилактике других соматических заболеваний. Профилактические мероприятия, как правило, требуют от человека более четкого, чем обычно, контроля за своим физическим и психическим состоянием, соблюдения определенного режима труда и отдыха, отказа от вредных привычек, частичного изменения привычных стереотипов поведения, поддержания того, что называется здоровым образом жизни. Часто необходимы регулярное применение фармакологических средств, проведение определенных лечебно-профилактических процедур. Все это может быть реализовано человеком при определенной организованности, понимании необходимости выполнения всего комплекса профилактических мероприятий, а, главное, активной вовлеченности в этот процесс и наличии высокой и адекватной мотивации к такого рода поведению. Формирование мотивации и активной вовлеченности человека в профилактику с учетом его личностных особенностей и предрасположенности к тому или иному заболеванию также предполагает клинико-психологические вмешательства.

Современное понимание **реабилитации** как системы государственных, социально-экономических, медицинских, психологических, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество, к трудовой деятельности, также диктует необходимость широкого использования клинико-психологических воздействий в реабилитационной практике. **Клинико-психологические вмешательства в целях реабилитации**, прежде всего, направлены на восстановление (сохранение) личностного и социального статуса больного. При нервно-психических заболеваниях, которые характеризуются достаточно выраженными личностными нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клинико-психологические вмешательства играют чрезвычайно важную роль, выполняя, по сути дела, функцию психотерапии (лечения). При тяжелых хронических болезнях возникает множество проблем психологического и социально-психологического характера, требующих использования клинико-психологического вмешательства: реакция личности на болезнь, неадекватное отношение к болезни (недооценка или переоценка своего заболевания, чрезмерная эмоциональная реакция, пассивность, формирование необоснованно широкого ограничительного поведения), которая может оказывать существенное влияние на процесс лечения и реабилитации в целом. Психологические и социально-психологические последствия хронического заболевания меняют привычный образ жизни человека. Это может приводить к изменению социального статуса, снижению работоспособности, проблемам в семейной и профессиональной сферах, частичной невозможности удовлетворения значимых потребностей, неверию в собственные силы, неуверенности в себе, отрицанию существующих возможностей и собственных ресурсов, сужению интересов и круга общения, дефициту жизненных перспектив. Так же, как и в профилактике и лечении, успешность реабилитационных мероприятий во многом зависит от активности самого пациента и наличия адекватной мотивации. Кроме "личностного блока" клинико-психологические вмешательства играют важную роль (возможно, более важную, чем какие-либо другие, например, фармакологические) в реабилитации пациентов с нарушениями психических функций (памяти, внимания, речи, моторики).

***Развитие*** рассматривается как одна из самостоятельных функций клинико-психологических вмешательств далеко не всеми авторами и понимается по-разному. Это связано с тем, что психотерапия, психопрофилактика, реабилитация, наряду с собственными прямыми функциями (лечебной, профилактической, реабилитационной), способствуют также личностному развитию и гармонизации личности за счет совершенствования самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутриличностных и межличностных конфликтов, развития новых более адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования, более точного понимания других людей и межличностного взаимодействия в целом. В ряде психотерапевтических систем (например, в клиент-центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост, развитие личности выступают как одна из важнейших задач психотерапии. Таким образом, с одной стороны, функция развития для клинико-психологических интервенций (психологических интервенций в клинике) является вторичной, дополнительной. С другой стороны, психологическое консультирование в клинике (например, консультирование пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящими собственно психотерапевтического лечения, а обратившимися за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием) способствует новому видению человеком самого себя и своих проблем и конфликтов, эмоциональных проблем и особенностей поведения. В дальнейшем это может привести к определенным изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческих сферах и способствовать развитию личности.

*Цели* клинико-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Они определяют общую стратегию воздействий и тесно связаны с теоретической ориентацией. Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели (например, восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизацию личности, развитие личностных ресурсов), так и на конкретные более близкие цели (преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков). Однако при этом всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия, которые, кроме выбора средств, определяют общую стратегию воздействий.

**Психологическая коррекция.** Термин "психологическое (клинико-психологическое) вмешательство" широко распространен в зарубежной литературе, у нас используются еще редко. Более употребительным является термин "психологическая коррекция". Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида. Термин "психологическая коррекция" получил распространение в начале 70-х гг. прошлого века. В это время психологи стали активно работать в области психотерапии, прежде всего, групповой. Дискуссии о том, может ли психолог заниматься лечебной (психотерапевтической) работой, носили преимущественно теоретический характер, потому что на практике психологи не только хотели, могли и успешно реализовывали эту возможность, но и были в то время более подготовлены к такого рода деятельности, особенно в качестве групповых психотерапевтов. Но поскольку психотерапия является лечебной практикой, а ею по закону может заниматься только лицо, имеющее высшее медицинское образование, то распространение термина "психологическая коррекция" было направлено на преодоление этой ситуации: врач занимается психотерапией, а психолог - психологической коррекцией. Появились также и другие термины: "неврачебная психотерапия", "внеклиническая психотерапия", "психологическая психотерапия". За рубежом более употребительным обозначением деятельности психолога в области психотерапии стал термин "психологическая психотерапия", в нашей стране - "психологическая коррекция". Однако вопрос о соотношении понятий "психотерапия" и "психологическая коррекция" остается открытым и в настоящее время, можно лишь указать две основные точки зрения.

Одна из них заключается в признании полной идентичности понятий "психологическая коррекция" и "психотерапия", однако при этом не учитывается, что психологическая коррекция как целенаправленное психологическое воздействие реализуется не только в медицине (где можно указать по меньшей мере три основные области ее применения: психопрофилактика, собственно лечение - психотерапия и реабилитация), но и в других сферах человеческой практики, например, в педагогике, организации труда. Даже обыденное человеческое общение может содержать в большей или в меньшей степени целенаправленно используемую психологическую коррекцию. Другая точка зрения основана на том, что психологическая коррекция преимущественно призвана решать задачи психопрофилактики на всех ее этапах, особенно при осуществлении вторичной и третичной профилактики. Однако такое жесткое ограничение сферы применения в медицине психологической коррекции представляется в известной степени искусственным. Во-первых, если подобные представления оказываются более или менее убедительными в отношении соматических заболеваний, то в области неврозов (F40-F48) полностью развести понятия "психологическая коррекция" и "психотерапия", "лечение" и "профилактика" не удается. Невроз - это заболевание в динамике, и не всегда можно отделить состояние предболезни от собственно болезни, а сам процесс лечения в значительной степени включает в себя и вторичную профилактику. Во-вторых, в настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний все шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или корригирующих воздействиях, соответствующих его природе. Если психологический фактор при том или ином заболевании выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии - одного из компонентов лечебного процесса. Определить общую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне конкретной нозологии практически невозможно. Значение психологического фактора в этиопатогенезе того или иного заболевания обусловливает направленность методов психологической коррекции на решение собственно лечебных (психотерапевтических) задач и позволяет рассматривать методы психологической коррекции как методы психотерапии.

Таким образом, задачи психологической коррекции могут существенно варьировать от направленности на вторичную и третичную профилактику основного заболевания и первичную профилактику возникающих в качестве его последствий вторичных невротических расстройств при соматической патологии, до практически полной идентичности задачам психотерапии при неврозах (во всяком случае, в рамках различных психотерапевтических систем, направленных на личностные изменения). Однако и психопрофилактика не ограничивают свою практику лишь методами психологической коррекции, что еще раз указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психологической коррекции и психопрофилактики, которые взаимопересекаются.

**Психологическое консультирование.** Единого понимания этого термина также не существует. В самом общем виде консультирование понимается как профессиональная помощь человеку или группе людей (например, организации) в поиске путей разрешения или решении определенной трудной или проблемной ситуации и в настоящее время широко используется в различных сферах человеческой практики: школьное консультирование, семейное консультирование, профессиональное консультирование, организационное консультирование. Все эти виды консультирования, как правило, включают и психологические, и социально-психологические аспекты, связанные с межличностным взаимодействием, групповой динамикой, психологическими аспектами управления. Собственно психологическое консультирование традиционно рассматривается как процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера. Существуют три основных подхода к психологическому консультированию: а) проблемно-ориентированное консультирование, фокусирующееся на анализе сущности и внешних причин проблемы, поиске путей ее разрешения; б) личностно-ориентированное консультирование, направленное на анализ индивидуальных, личностных причин возникновения проблемных и конфликтных ситуаций и путей предотвращения их в будущем; в) консультирование, ориентированное на выявление ресурсов для решения проблемы. Очевидно, что личностно-ориентированное консультирование по своей направленности близко к психотерапии.

Трудно провести четкую границу между понятиями "психологическое консультирование" и "психотерапия". Определение психотерапии как работы с больными, а консультирования - со здоровыми, удовлетворяет не полностью даже формальному критерию. Психологическое консультирование используется и в медицине (например, психологическое консультирование беременных или пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящими собственно психотерапевтического лечения, а обратившихся за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием), а психологическая работа с лицами, имеющими серьезные личностные проблемы, содержательно ничем не отличается от психотерапии.

Большинство авторов подчеркивают скорее сходство между психотерапией и психологическим консультированием. Психотерапия и психологическое консультирование: а) используют психологические средства воздействия; б) выполняют в основном функции развития и профилактики (а иногда - и лечения, и реабилитации); в) имеют своей целью достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах в сторону увеличения их эффективности; г) содержат в качестве своей научной основы психологические теории; д) нуждаются в эмпирической проверке (изучении эффективности); е) осуществляются в профессиональных рамках. В отношении различий между психотерапией и консультированием существуют различные взгляды. Так, Нельсон-Джоунс рассматривает психологическое консультирование как психологический процесс, ориентированный на профилактику и развитие. Автор выделяет в консультировании цели, связанные с коррекцией (например, преодоление тревоги или страха) и с развитием (например, развитие коммуникативных навыков). С его точки зрения, консультирование преимущественно является коррекционным. Коррекционные цели обеспечивают выполнение профилактических функций. Развитие связано с задачами, которые человеку необходимо решать на различных этапах своей жизни (профессиональное самоопределение, отделение от родителей, начало самостоятельной жизни, создание семьи, реализация собственных возможностей, раскрытие ресурсов). Большое значение придается также повышению личной ответственности за собственную жизнь. Конечная цель консультирования - научить людей оказывать помощь самим себе и таким образом научить их быть своими собственными консультантами. Нельсон-Джоунс видит различия между психотерапией и психологической коррекцией в том, что психотерапия делает акцент на личностном (личном) изменении, а консультирование - на помощи человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни. Он также подчеркивает, что, в отличие от психотерапии, большая часть информации, полученной при консультировании, проявляется в сознании пациента в интервалах между занятиями, а также в периоды, когда люди пытаются помочь себе сами после окончания консультирования.

Перре и Бауманн, рассматривая соотношение психологического консультирования и клинико-психологической интервенции (и психотерапии, как одной из ее функций), указывают: а) в психологическом консультировании среди средств воздействия (то есть методов) на первом месте стоит информирование (передача информации человеку, обратившемуся за помощью); б) психологическое консультирование в медицине выполняет в основном функцию гигиены и профилактики; в) в рамках консультирования анализируются варианты решений конкретной проблемы, но решение и изменения осуществляет сам человек и не в рамках консультирования, а самостоятельно; г) в практике консультирования изменения происходят по окончании самого консультирования без сопровождения специалистом, в психотерапии - сущностью является сам процесс изменений, сопровождаемый специалистом.

Таким образом, психотерапия и психологическое консультирование могут рассматриваться как виды психологического вмешательства, направленные на достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах, и различаются по следующим признакам: 1) функции: психотерапия выполняет функцию лечения и частично реабилитации, а психологическое консультирования - профилактики и развития (естественно, что речь идет о преимущественной направленности психотерапии и психологического консультирования, так как в ряде случаев эти функции могут пересекаться); 2) средства воздействия: информирование как ведущий прием в консультировании; 3) цели: направленность психотерапии на более глубокие личностные изменения и консультирования - на помощь человеку в лучшем использовании собственных ресурсов и улучшении качества жизни; 4) продолжительность воздействий: консультирование может ограничиваться 1-5 сеансами; 5) место изменений: в консультировании - по его окончании, в психотерапии - в ее процессе; 6) степень самостоятельности клиента: в консультировании изменения происходят без сопровождения консультанта, в психотерапии - с сопровождением психотерапевта.

Подобно психотерапии психологическое консультирование может иметь в своей основе различные теоретические подходы (психодинамический, поведенческий, гуманистический). Вне зависимости от теоретической ориентации выделены следующие основные задачи психологического консультирования: 1) эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента; 2) расширение сознания и повышение психологической компетентности; 3) изменение отношения к проблеме (из тупика к выбору решения); 4) повышение стрессовой и кризисной толерантности; 5) развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения; 6) повышение ответственности пациента и выработка готовности к творческому освоению мира.

К техническим этапам психологического консультирования и психотерапии относятся: 1) установление контакта профессионального консультирования; 2) предоставление клиенту возможности выговориться (иногда возможность рассказать о своих проблемах способствует тому, что человек начинает по-другому видеть проблему и находит самостоятельно пути для ее решения); 3) предоставление клиенту эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации; 4) совместное с клиентом переформулирование проблемы; 5) заключение динамического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности клиента и консультанта, выявление и коррекция нереалистических ожиданий пациента); 6) формирование регистра возможных решений проблемы (консультант предлагает свой профессиональный и жизненный опыт только после того, как пациент сформулировал 2-3 решения); 7) выбор оптимального решения из выявленного регистра с точки зрения пациента; 8) закрепление мотивации и планирование путей и способов реализации выбранного решения; 9) завершение консультирования с предоставлением пациенту права при необходимости повторного обращения или назначение впоследствии поддерживающей встречи.

Частным случаем психологического консультирования является семейное консультирование. В качестве клиента здесь рассматривается семья в целом, а проблема - как общая. Основным требованием к консультанту является соблюдение нейтральности и независимость от различных семейных группировок.

**Тема №2: Психическое здоровье и психическая болезнь**

1. Психическое здоровье и психическая норма.

2. Психическая болезнь, психическое расстройство, симптом и синдром.

3. Современные классификации психических расстройств (МКБ-10).

4. Общие вопросы патопсихологии.

**1 Психическое здоровье и психическая норма**

Во все времена у всех народов мира непреходящей ценностью человека и общества являлось и является физическое и психическое здоровье. Еще в древности оно понималось врачами и философами как главное условие свободной деятельности человека, его совершенства. Несмотря на большую ценность, придаваемую здоровью, понятие “здоровье” с давних пор не имело конкретного научного определения. И в настоящее время существуют разные подходы к его определению.

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: *негативный* и *позитивный*.

**Негативное определение здоровья** рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология - болезни. Однако понятия нормы и патологии более широкие, чем понятия здоровья и болезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимопереходящих состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение нами повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек - это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек - это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от "нормальных" параметров психического функционирования (находятся в так называемом "измененном состоянии сознания"), однако, они не являются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций. Получается, что понятие здоровья шире, чем понятие нормы, а понятие болезни по содержанию отличается от понятия патологии. Это обстоятельство привело исследователей к поиску позитивных концепций здоровья.

**Позитивное определение** здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

**Общее определение здоровья**, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;

2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;

3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии **психического здоровья** по определению ВОЗ:

1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего "Я";

2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;

3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;

4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;

5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;

6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;

7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т. е. как особый случай здоровья.

### Норма и патология.

Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния человека в клинической [психологии](http://bookap.info/#psihologiya). Категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. С понятием нормы в нашем сознании тесно связано состояние здоровья. Отклонение же от нормы рассматривается как патология и болезнь.

**Норма** - это термин, в который может вкладываться два основных содержания. Первое - *статистическое содержание нормы*: это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который *свойственен большинству* людей и является типичным, наиболее часто встречающимся. В этом аспекте норма представляется некоторым объективно существующим явлением. **Статистическая норма** определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов - это статистически нормально.

Второе - *оценочное содержание нормы*: нормой считается некоторый *идеальный образец* состояния человека. У такого образца всегда есть философское и мировоззренческое обоснование как состояния "совершенства", к которому должны в той или иной мере стремиться все люди. В этом аспекте норма выступает в качестве **идеальной нормы** - субъективного, произвольно устанавливаемого ***норматива***, который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т. п. В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования. Таким образом, в понятие нормы может быть включен оценочный, предписывающий компонент: человек должен быть таким, а не иным. Все, что не соответствует идеалу, объявляется ненормальным.

Проблема нормы-норматива связана с проблемой выбора *нормативной группы* - людей, чья жизнедеятельность выступает в качестве стандарта, по которому измеряется эффективность уровня функционирования организма и личности. В зависимости от того, кого наделенные властью специалисты (например, врачи-психиатры или психологи) включают в нормативную группу, устанавливаются различные границы нормы.

В число норм-нормативов включаются не только идеальные нормы, но также *функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы*.

**Функциональные нормы** оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).

**Социальные нормы** контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

**Индивидуальная норма** предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) [психологического](http://bookap.info/#psihologiya) состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм.

**2 Психическая болезнь, психическое расстройство, симптом и синдром**

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как **патология**. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической [психологии](http://bookap.info/#psihologiya) в содержание понятия "патология" также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов "патологическая личность" или "патологическое развитие личности"). Употребление слова "патология" акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфо-функциональных нарушений (т. е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений. В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе.

Оригинальное значение древнегреческого слова *patos*, от которого и происходит термин "патология", - это страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Употребление слова "патология" также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями (пониженная активность биогенных аминов - серотонина, норадреналина, дофамина), нейрогормональными изменениями, вызванными гиперактивностью системы "гипоталамус - гипофиз - надпочечники" (повышенное выделение кортизола). Но депрессии с такой же вероятностью могут также вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т. д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий). И если вспомнить одну из базовых теоретико-методологических проблем клинической психологии, касающуюся связи мозга и психики, то трудно однозначно утверждать, изменения какого уровня выступают первопричиной наблюдаемых отклонений от нормы.

Наконец, в термине "патология" очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык "больного".

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова "патология" (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина *"расстройство"*, ограничив применение слова "патология" только биологическим уровнем нарушений.

**Расстройство** означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина "расстройство" не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова "расстройство" кажется сегодня более предпочтительным.

Определение *психического расстройства* опирается на три базовых критерия:

1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);

2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые "дисфункциональные состояния");

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

На **социальном** уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний **здоровья и болезни**.

В определении болезни существуют две точки зрения: 1) болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом; 2) болезнь есть субъективное ощущение себя больным. В первом случае болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования. Но по поводу многих болезней люди не обращаются к профессионалам, да и объективных стандартов функционирования человека не существует (во многих случаях профессионалы не могут прийти к единому пониманию болезненного состояния). Второй подход тоже имеет свои ограничения: сообщаемое пациентом состояние скорее отражает проблемы пациента, а не само расстройство. К тому же при ряде тяжелых соматических состояний изменений самочувствия может и не быть (например, туберкулез).

Понятие болезни не столько представляет собой отражение объективного состояния человека, сколько выступает общим *теоретическим и социальным конструктом*, с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить и понять возникающие нарушения здоровья. Содержание этого конструкта определяет видение причин и проявлений болезни, а также направление исследований и лечения различных расстройств. Другими словами, сначала люди определяют, что считать болезнью, а затем начинают исследовать и лечить ее.

**Конструкт болезни**, существующий в европейской культуре, предполагает такую последовательность: причина - дефект - картина - следствия. Он является прообразом для выдвижения гипотез, объяснения нарушений и воздействия на причины. Увидев следствия и общую картину отклонений в психической деятельности или поведении, мы, следуя конструкту болезни, начинаем предполагать, что за этими внешними признаками кроется какой-либо дефект в самом человеке, который, в свою очередь, вызван определенными для этого дефекта причинами.

В современной медицине существует две модели болезни: *биомедицинская* и *биопсихосоциальная*.

**Биомедицинская модель болезни** существует с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов как внешних причин заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи:

1) теория возбудителя;

2) концепция трех взаимодействующих сущностей - "хозяина", "агента" и окружения;

3) клеточная концепция;

4) механистическая концепция, согласно которой человек - это прежде всего тело, а его болезнь - поломка какой-то части организма.

В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье. Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций организма. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин *маладаптация* (от лат. *malum* + *adaptum* - зло + приспособление - хроническая болезнь) - длительное болезненное, ущербное приспособление. К тому же применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптации или как разновидности адаптации) не соотносится с особенностями личности и ситуации, в которой происходит нарушение психической сферы.

Отечественная клиническая психология, будучи тесно связанной с психиатрией, долгое время ориентировалась на биомедицинскую модель психических болезней, поэтому особенности воздействия социальной среды на процесс психических нарушений в ней практически не исследовался.

**Биопсихосоциальная модель болезни** возникла в конце 70-х гг. XX в. Она основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь есть иерархический континуум от элементарных частиц до биосферы, в котором каждый нижележащий уровень выступает компонентом вышележащего уровня, включает его характеристики и испытывает на себе его влияние. В центре этого континуума находится личность с ее переживаниями и поведением. Ответственность за выздоровление в биопсихосоциальной модели болезни полностью или частично возлагается на самих больных людей.

В основе этой модели лежит диада "диатез - стресс", где диатез - это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс - психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание.

В оценке состояния здоровья в рамках биопсихосоциальной модели ведущую роль играют психологические факторы. Субъективно здоровье проявляется в чувстве *оптимизма*, *соматического* и *психологического благополучия*, *радости жизни*. Это субъективное состояние обусловлено следующими **психологическими механизмами, обеспечивающими здоровье**:

1) принятие ответственности за свою жизнь;

2) самопознание как анализ своих индивидуальных телесных и психологических особенностей;

3) самопонимание и принятие себя как синтез - процесс внутренней интеграции;

4) умение жить в настоящем;

5) осмысленность индивидуального бытия, как следствие - осознанно выстроенная иерархия ценностей;

6) способность к пониманию и принятию других;

7) доверие к процессу жизни - наряду с рациональными установками, ориентацией на успех и сознательным планированием своей жизни необходимо то душевное качество, которое Э. Эриксон называл базовым доверием, иными словами, это умение следовать естественному течению процесса жизни, где бы и в чем бы он ни проявлялся.

В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как такое расстройство, которое угрожает дисфункцией - неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом не каждое расстройство функционирования однозначно является болезнью, но только такое, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Следовательно, болезнью является далеко не всякое расстройство, а только такое, которое *нуждается в изменении* ("имеется потребность в лечении"). **Потребность в лечении** считается существующей тогда, когда имеющиеся признаки отклонений (расстройства) наносят ущерб профессиональной работоспособности, повседневной деятельности, привычным социальным отношениям либо причиняют ярко выраженное страдание.

**3 Современные классификации психических расстройств (МКБ-10)**

В России и Беларуси **Международная классификация болезней** 10-го пересмотра (**МКБ-10**) принята как единый нормативный документ для учета заболеваемости, причин обращений населения в медицинские учреждения всех ведомств, причин смерти.

Этот класс содержит следующие блоки:

* [F00-F09](http://mkb-10.com/index.php?pid=4002) Органические, включая симптоматические, психические расстройства
* [F10-F19](http://mkb-10.com/index.php?pid=4048) Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ
* [F20-F29](http://mkb-10.com/index.php?pid=4160) Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
* [F30-F39](http://mkb-10.com/index.php?pid=4193) Расстройства настроения [аффективные расстройства]
* [F40-F48](http://mkb-10.com/index.php?pid=4237) Невротические, связанные со стессом, и соматоформные расстройства
* [F50-F59](http://mkb-10.com/index.php?pid=4288) Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
* [F60-F69](http://mkb-10.com/index.php?pid=4327) Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
* [F70-F79](http://mkb-10.com/index.php?pid=4380) Умственная отсталость
* [F80-F89](http://mkb-10.com/index.php?pid=4412) Расстройства психологического развития
* [F90-F98](http://mkb-10.com/index.php?pid=4441) Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте
* F99 Неуточненные психические расстройства

**4 Общие вопросы патопсихологии**

Патопсихология является отраслью психологической науки. Ее данные имеют теоретическое и практическое значение для психологии и психиатрии. В этом смысле ее можно причислить к прикладным областям знания.

Патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга. Следовательно, при всей близости объектов исследования психиатрия и патопсихология отличны по своему предмету.

Прикладное значение психологии чрезвычайно значимо. Практические задачи, стоящие перед патопсихологическим исследованием, разнообразны. Прежде всего данные психологического эксперимента могут быть использованы для дифференциально-диагностических целей. Конечно, установление диагноза — дело врача, оно производится не на основании тех или иных лабораторных данных, а на основании комплексного клинического исследования. Однако в психологических лабораториях накоплены экспериментальные данные, характеризующие нарушения психических процессов при различных формах заболеваний, которые служат дополнительным материалом при установлении диагноза. Так, например, при клинической оценке психического состояния больного нередко возникает необходимость отграничения астенического состояния органической природы от состояния шизофренической вялости. Замедленность психических процессов, плохое запоминание и воспроизведение предъявленного материала, выявление зависимости этих нарушений от истощаемости — все это обнаруживается чаще при органическом заболевании, в то время как инактивность больного, сопровождающаяся непоследовательностью суждений и разноплановостью мышления при хорошем запоминании, чаще является показателем изменений личности больного шизофренией.

Перед психологическим экспериментом может быть поставлена задача анализа структуры дефекта, установления степени психических нарушений больного, его интеллектуального снижения вне зависимости от дифференциально-диагностической задачи, например при установлении качества ремиссии, при учете эффективности лечения.

Особенно большое значение приобретают данные экспериментальной патопсихологии при решении вопросов психиатрической экспертизы: трудовой, судебной и воинской.

В качестве важнейшей характеристики современной патопсихологии выступает ее направленность на восстановление измененной психической деятельности, направленность на возвращение больному человеку его. социального статуса, предотвращение (профилактика) возможности подобной утраты у взрослых, подростков, детей.

**Нарушение сознания.** Сознание – высший интегративный психический процесс. Это высшая форма отражения объективной реальности, свойственная исключительно человеку. Оно осуществляет познавательное отражение мира и себя, способствует адаптации личности в социальной среде и позволяет изменять ее в соответствии со своими потребностями. Сознание - это не самостоятельный процесс, а человеческая психика в целом - продукт постепенного развития личности.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее "рабочим". Ведущий современный психиатр А. В. Снежневский говорит, что "если подходить к сознанию в философском смысле, то мы, естественно, должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается". Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

Понятие сознания, которое А. В. Снежневский определяет как "условное", базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов. Соответственно при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т.п. Метафорические признаки "ясности" и "помрачения" сознания, введенные К. Ясперсом, стали определяющими для характеристики сознания в учебниках психиатрии до настоящего времени. Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

1. дезориентировка во времени, месте, ситуации;
2. отсутствие отчетливого восприятия окружающего:
3. разные степени бессвязности мышления;
4. затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания.

В психиатрии различают разные формы нарушения сознания.

**Оглушенное состояние сознания**. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы "спросонок", сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от минут до нескольких часов.

**Делириозное помрачение сознания**. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

**Онейроидное (сновидное) состояние сознания** (впервые описанное Майер-Гроссом) характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные "совершают" межпланетные путешествия, "оказываются среди жителей Марса". Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют "при гибели города", видят, "как рушатся здания", "проваливается метро", "раскалывается земной шар", "распадается и носится кусками в космическом пространстве".

Иногда у больного приостанавливается фантазирование, но затем незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

**Сумеречное состояние сознания**. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзисторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния кончается критически, нередко. с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название "амбулаторного автоматизма" (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название absence (отсутствие — франц.).

**Псевдодеменция**. Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, взрослый больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать их.

Нарушение восприятия. Восприятие – это активный процесс анализа и синтеза ощущений путем сопоставления их с прежним опытом. Восприятие в сравнении с ощущениями носит целостный характер и представляет собой наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств предметов и явлений (Карвасарский Б. Г.). Большое значение в нарушениях восприятия принадлежит личностному фактору (мотивационной сфере).

Нарушения восприятия при различных психических заболеваниях имеют различные причины и различные формы проявления. При локальных поражениях головного мозга можно различать:

1. ***Элементарные и сенсорные расстройства*** (нарушение ощущения высоты, цветоощущения и т.д.). Эти нарушения связаны с поражениями подкорковых уровней анализаторных систем.
2. ***Сложные гностические расстройства***, отражающие нарушение разных видов восприятия (восприятие предметов, пространственных отношений). Эти нарушения связаны с поражением корковых зон мозга.

Гностические расстройства различаются в зависимости от поражения анализатора, при этом делятся на зрительные, слуховые и тактильные агнозии.

**Агнозия** – расстройство узнавания предметов, явлений, частей собственного тела, их дефектов при сохранности сознания внешнего мира и самосознания, а также при отсутствии нарушений периферической и проводящей частей анализаторов.

**Зрительные агнозии** делятся на:

1. ***предметную агнозию*** (больные не узнают предметов и их изображений);
2. ***агнозию на цвета и шрифты***;
3. ***оптико-пространственную агнозию*** (нарушается понимание символики рисунка, отражающее пространственные качества рисунка, пропадает возможность передать на рисунке пространственные признаки объекта: дальше, ближе, больше-меньше, сверху-снизу и т.д.).

При **гностических слуховых** расстройствах отмечается снижение способности дифференцировки звуков и понимания речи. Могут иметь место слуховые галлюцинации. Возможны дефекты слуховой памяти (больные не могут запомнить два или более звуковых эталона), аритмия (не могут правильно оценить ритмические структуры, количество звуков и порядок чередований), нарушение интонационной стороны речи (больные не различают интонаций и у них невыразительная речь).

**Тактильные агнозии –** нарушение узнавания предметов при их ощупывании при сохранении тактильной чувствительности (исследование при закрытых глазах). Агнозия может возникнуть в результате разрушения определенных корковых зон (энцефалит, опухоль, сосудистый процесс и т.д.), а также вследствие нейродинамических нарушений.

**Псевдоагнозии при деменции.** При деменции могут отмечаться **псевдоагнозии.** В данном случае агнозия распространяется не только на форму, но и на структуру, то есть в данном случае нарушается осмысленность и обобщенность воспринятого, что связано с диффузностью мышления.

В литературе по психопатологии встречаются описания следующих нарушений восприятия:

1. **гиперстезия** – усиление восприятия по силе ;
2. **гипостезия** – ослабление восприятия по силе;
3. **агнозия** (см. выше);
4. **тотальная анестезия** – потеря чувствительности при истерии;
5. **деперсонализация –** расстройство восприятия собственной личности;
6. **бедность участия** - утрата сложных чувств;
7. **дереализация** – искаженное восприятие окружающего мира. Сюда же можно отнести симптомы "**уже виденного**" (de ja vu), "**никогда не виденного**" (ja mais vu);
8. **обманы восприятия (иллюзии и галлюцинации)**. Иллюзии – это искаженное восприятие действительно существующего во внешней среде реального объекта, галлюцинации – обманы восприятия, возникающие вне непосредственной связи с реальными раздражителями внешней среды (кроме функциональных, гипногаллюцинаций, внушенных). Существует несколько классификаций галлюцинаций. Более подробно они описаны в литературе по психиатрии.

**Нарушения памяти.** Память – процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания. Методики, исследующие функцию памяти, одновременно могут выявлять и нарушения внимания, и нарушения мышления, и колебания умственной работоспособности. Поэтому важно научиться выделять собственно мнестические нарушения, не упуская из виду остальные.

Исследование памяти предполагает исследование следообразования, воспроизведения и отсроченного воспроизведения. В патопсихологическом эксперименте исследуется чаще всего непосредственная и опосредованная память.

**Непосредственная память** – способность воспроизводить события, опыт сразу после действия стимула.

К наиболее распространенным нарушениям непосредственной памяти относится "корсаковский синдром" и прогрессирующая амнезия.

**"Корсаковский синдром"** – это нарушение памяти на текущие события. который был описан известным отечественным психиатром С. С. Корсаковым при тяжелых алкогольных интоксикациях. При этом память на события прошлого остается относительно сохранной. Э. Клапаред, А. Н. Леонтьев, Б. В. Зейгарник указывают на остаточную сохранность следов и выраженные трудности воспроизведения. Больные могут заполнять пробелы памяти вымышленными событиями, деталями (конфабуляция).

Этот вид нарушения памяти часто сочетается с конфабуляциями в отношении текущих событий и дезориентировкой в месте и времени. Два последних признака могли быть слабо выражены, но первый всегда чрезвычайно выражен и составляет основной радикал этого страдания (забывание текущих событий).

Впоследствии оказалось, что корсаковский синдром может обнаружиться при других диффузных поражениях мозга неалкогольного генеза. и также при поражении определенных ограниченных мозговых систем. Больные, у которых имеют место подобные амнестические явления, не помнят событий недавнего прошлого, но воспроизводят те события, которые были много лет назад. Так, подобный больной может правильно назвать события из своего детства, школьной жизни, помнит даты общественной жизни, но не может вспомнить, обедал ли он сегодня, посетили ли его вчера родственники, беседовал ли с ним сегодня врач и т.п. Если подобного больного спросить, навещали ли его сегодня родственники, нередко можно получить ответ: "Я не помню, но у меня в кармане папиросы — значит, жена приходила". Такие больные здороваются по несколько раз, задают один и тот же вопрос, обращаются по много раз с одной и той же просьбой, производят впечатление назойливых людей.

При анализе структуры корсаковского синдрома вставал вопрос о том, является ли забывание недавнего прошлого следствием дефекта воспроизведения или удержания материала.

Ряд экспериментальных данных свидетельствует о том, что речь идет о плохом воспроизведении. Еще в 1911 г. Э. Клапаред описал интересные факты, выступившие у подобных больных. Э. Клапаред несколько дней подряд здоровался с больным, при этом незаметно для больного колол его при рукопожатии спрятанной иглой. Больной перестал подавать Э. Клапареду руку, но при этом не узнавал его, не помнил ни самого факта укола, ни того, что с ним здоровались.

А. Н. Леонтьев (1935) вырабатывал у подобных больных условный рефлекс на болевой раздражитель, хотя больные не помнили и не осознавали самого этого факта. Все эти данные говорят о том, что у больных нарушается процесс воспроизведения. В нашей лаборатории были поставлены, следующие эксперименты с больным, у которого после тяжелого брюшного тифа развился корсаковоподобный амнестический синдром. Больной должен был в течение некоторого времени нажимать на кнопку при зажигании зеленой лампочки. На следующий день больной, введенный в кабинет, не только не помнил, что он вчера делал, но отрицал сам факт пребывания вчера в этом кабинете, не узнавал экспериментатора; однако, когда стала зажигаться лампочка зеленого цвета, он стал нажимать на кнопку и не производил этого действия, когда зажигалась лампочка другого цвета. Спрошенный, почему он это делает, больной удивленно пожал плечами, "не знаю". Эти и многие другие экспериментальные факты свидетельствуют о том, что процесс усвоения был у больного не нарушен.

Часто нарушения памяти на события недавнего прошлого не достигают столь выраженной степени. Корсаковский синдром может проявиться в неточности воспроизведения слышанного, виденного, в неточности ориентировки. При этом возникает иногда ложное воспроизведение, без грубых кофабуляций: нередко больные сами замечают дефекты своей памяти, пытаются восполнить ее пробелы, придумав не существовавший вариант событий. Таким образом, нарушение памяти на недавние события сочетается у больных с недостаточной ориентировкой в окружающем; реальные события могут то отчетливо выступать в сознании больного, то переплетаются причудливо с не имевшими место событиями; невозможность воспроизведения информации настоящего момента приводит к невозможности организации будущего, по существу у больных нарушается возможность увязывания отдельных отрезков жизни.

При **прогрессирующей амнезии** расстройства памяти распространяются и на текущие события, и на события прошлого. При этом отмечаются следующие признаки:

- наложение событий прошлого на настоящее и наоборот (интерферирующий эффект);

- дезориентировка во времени и пространстве.

**Прогрессирующая амнезия**. Расстройства памяти распространяются часто не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, они смещают хронологию событий; выявляется дезориентировка во времени и пространстве. Временами такие нарушения памяти носят гротескный характер: так, одной больной казалось, что она живет в начале нашего века, что только что кончилась первая мировая война, только что началась Великая Октябрьская социалистическая революция.

В этой амнестической дезориентировке звучат часто прошлые профессиональные навыки. Так, один из наших больных (в прошлом официант в ресторане) считал, что он во время обеда обслуживает посетителей, требовал, чтобы они (больные) ему заплатили за еду, иначе он позовет "хозяина". Подобные нарушения памяти отмечаются часто при психических заболеваниях позднего возраста, в основе которого лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга. Клинически болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующими расстройствами памяти: сначала снижается способность к запоминанию текущих событий, стираются в памяти события последних лет и отчасти давно прошедшего времени. Наряду с этим сохранившееся в памяти отдаленное прошлое приобретает особую актуальность в сознании больного. Он живет не в настоящей реальной ситуации, которую не воспринимает, а в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. Такая глубокая дезориентировка с отнесением в отдаленное прошлое представлений не только об окружающей обстановке и близких людях, но и о собственной личности при старческом слабоумии развивается постепенно.

Такие расстройства памяти, характеризующиеся "жизнью в прошлом", ложным узнаванием окружающих, с адекватным этой ложной ориентировке поведением возникают в основном при старческом слабоумии. В основе его лежит диффузный, равномерно протекающий атрофический процесс коры головного мозга.

При эпилепсии отмечается снижение эффективности опосредованного запоминания в сравнении с непосредственным. У больных эпилепсией, а также при органических поражениях головного мозга отмечаются трудности опосредования предложенных понятий с конкретным рисунком. Это является следствием выраженной склонности к чрезмерной детализации, фиксации на отдельных свойствах предметов. При органических поражениях подкорковых структур головного мозга в большей степени нарушено произвольное воспроизведение и сохранение, в меньшей степени – узнавание и запоминание. Отмечается связь нарушений памяти с психической истощаемостью и снижением сенсомоторной активности.

У больных шизофренией условность рисунка становится беспредметной и широкой, что перестает отражать реальное содержание слова, или рисунок отражает актуализацию слабых, латентных свойств, что также затрудняет воспроизведение. Нарушения оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти не выявляются. Наблюдаемое в методиках снижение памяти часто имеет вторичный характер, обусловленный снижением волевого усилия.

У больных неврозами и при реактивных психозах жалобы на снижение памяти часто не подтверждаются экспериментально-психологическим исследованием. При этих заболеваниях в их механизмах ведущая роль принадлежит личностно-мотивационным и эмоциональным расстройствам. Поэтому испытуемый может "работать" под определенное "органическое" заболевание. Однако ошибки могут быть в простых вариантах заданий и отсутствовать в сложных. Снижение памяти и внимания у больных с неврозами часто отражает внутреннюю тревогу и беспокойство. Отмечаются психогенные амнезии, которые следуют за психотравмой.

**Нарушение мышления.**

Б.В. Зейгарник выделяет следующие три вида патологии мышления: 1) нарушение операционной стороны мышления, 2) нарушение динамики мышления, 3) нарушение личностного компонента мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, в других — с различными подвидами нарушений его динамики.

**1. Нарушение операционной стороны мышления**

Мышление как обобщенное и опосредованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтезирования, обобщения и отвлечения, в виде применения новых интеллектуальных операций. Мышление опирается на известную систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах.

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения операциональной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам: а) снижение уровня обобщения, б) искажение процесса обобщения.

**Снижение уровня обобщения** состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Вместо выделения обобщенных признаков больные используют конкретно-ситуационные сочетания, у них отмечаются трудности абстрагирования от конкретных деталей (например, общее между диваном и книгой в том, что *"на диване можно читать"*). При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Так, например, в опыте по методу классификации\* один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, "потому что они враждуют"; другой больной не объединяет лису и жука, потому что "лиса живет в лесу, а жук летает". Частные признаки "живет в лесу", "летает" больше определяют суждения больного, чем общий признак "животные".

Подобные нарушения могут быть в легкой, умеренно выраженной и выраженной степенях. При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию: для испытуемых. предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как "на стуле сидят, а на столе работают и кушают". Больной отказывается объединить ключ и ножницы, так как они разные: "Это ключ, а это ножницы, что же может быть между ними общего?" В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка, тетрадь и карандаш.

Эти нарушения встречаются при олигофрении, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга другого генеза с деменцией. Однако говорить о снижении уровня обобщения можно в том случае, если этот уровень был у человека ранее, а затем снизился, что и происходит с больными эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. У больных же олигофренией отмечается недоразвитие понятийного, абстрактного мышления, а именно процессов обобщения и отвлечения.

В психическом состоянии этих больных, как правило, не отмечалось психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, расстройств сознания); преобладали данные об их общем интеллектуальном снижении.

Эти больные могут правильно выполнить какую-нибудь несложную работу, если ее условия ограничены и жестко предопределены. Изменение условий вызывает затруднения и неправильные действия больных. В больничной обстановке они легко подчиняются режиму, принимают участие в трудотерапии, помогают персоналу; однако часто вступают в конфликты с окружающими, не понимают шуток, вступают в споры с другими слабоумными больными.

**При искажении процесса обобщения** больные руководствуются чрезмерно обобщенными признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Отмечается преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задачи. Эти больные устанавливают чисто формальные, словесные связи, реальное же различие и сходство не служит для них контролем и проверкой их суждений. Например, сходство между ботинком и карандашом для них в том, что *"они оставляют следы"*. Подобные нарушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас будет идти речь, "отлет" от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенные же отношения между предметами мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Так, выполняя задание на классификацию предметов, они руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Подобные выполнения задания мы обозначаем как бессодержательные или выхолощенные. Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с "теоретических позиций". В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить просто на конкретный вопрос. Речь больных носит вычурный характер. Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его "ограниченной частью пространства", рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека, замечает: "Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает".

Особенно отчетливо бессодержательный, выхолощенный характер суждений больных определенной категории выступает при выполнении задания на составление пиктограммы. Так, один из больных рисует для запоминания слов "теплый ветер" два треугольника, для запоминания выражения "веселый ужин" — два кружка. Другой больной этой группы для запоминания слова "сомнение" изображает сома, для слова "разлука" — лук.

Для больных со снижением уровня обобщения задание составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова. Это же задание позволило выявить и другую группу больных, которые выполняют его с большей легкостью, так как могут образовать любую связь, безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что она не отражает реального содержания слова; больные могут, не задумываясь, предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

Преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задания создают основу для того бесплодного мудрствования, которое характеризует подобных больных и которое носит в клинике название "резонерство".

Эта особенность мышления подобных больных часто обнаруживается уже при самом простом умственном действии — описании сюжетных картинок. Больные не вникают в их конкретное содержание, а воспринимают их с точки зрения общих положений. Так, картинку, где изображена женщина, колющая дрова, один из таких больных описывает следующим образом: "Маленькая теорийка о назначении жизненных условий". Другой больной про эту же картинку говорит: "Здесь снято все для человека — это называется его жизненный путь"; третий больной объясняет: "Это женщина и ее судьба".

Резюмируя, можно сказать, что единый процесс отражения искажается как бы с двух сторон. Если содержание ассоциаций больных первой подгруппы (*снижение уровня обобщения*) не выходит за пределы частных, единичных связей, если полученные ими непосредственные впечатления не синтезируются и связи словесно – логические не имеют доминирующего значения, то у больных второй подгруппы (*искажение процесса обобщения*) происходит обратное: связи словесно-логические мало опираются на конкретные свойства и признаки предметов и явлений. Если для мышления первой группы больных характерным является узкий круг связей, бедность ассоциаций, то для мышления данных больных характерно возникновение очень большого числа ассоциаций, но ассоциаций: ненаправленных, случайных, а главное, отражающих лишь чрезвычайно общие связи.

И в том и в другом вариантах нарушения процессов обобщения слово не является инструментом обобщения. Если в первом случае речь больных отражает лишь несущественные детали, то во втором случае она доходит до уровня бессодержательной абстракции.

**2. Нарушение личностного компонента мышления.**

В клинике психических заболеваний наблюдаются нарушения мышления, обусловленные нарушениями личности. К ним можно отнести разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции.

Мышление является сложной саморегулирующей формой деятельности. Оно определяется целью, поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

**К этим нарушениям относятся разноплановость суждений, резонерство, нарушение критичности и саморегуляции.**

**Критичность** мышления предполагает сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Больные однако могут актуализировать неадекватные связи и отношения, которые приобретали смысл из-за измененных установок больных шизофренией или в результате трудностей осмысливания содержания предложенных задач для олигофренов. В данном случае можно говорить о некритичности мышления.

**Разноплановость** – нарушение мышления, заключающееся в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях (например, слон и лыжник – *"предметы для зрелищ"*, лошадь и медведь – животные). Больные могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал; актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных, упроченных в прошлом опыте свойств предметов. Вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

**Резонерство** – склонность к "бесплодному мудрствованию", тенденция к многоречивым рассуждениям (например, испытуемый сравнивает понятия "птица" и "самолет": *"Сходство – крылья. Потому что рожденный ползать летать не может. Человек тоже летает, у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает. Он дышит…"*).

**Нарушение саморегуляции** – это невозможность целенаправлен-ной организации своих мыслительных действий. При этом испытуемым могут быть доступны сложные обобщения, логические операции, но в результате расплывчатости мышления, его нецеленаправленности выявляется неспособность решения поставленных задач (больные шизофренией). Возможно нарушение саморегуляции у больных эпилепсией в результате ригидности мышления и склонности к чрезмерной обстоятельности и детализации. При этом нарушается "регулятивный аспект целеобразования", а у больных шизофренией "снижена побудительность целей".

**3. Нарушение динамики мышления**

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждому отдельному мыслительному акту. Для успешного выполнения интеллектуального акта необходимо выделять адекватные системы связей, отбрасывать побочные, оценивать каждую мыслительную операцию по ходу ее выполнения.

Особенности выполнения такой сложной, многоэтапной по своей структуре деятельности составляют ее динамическую характеристику.

**Лабильность мышления**. Лабильность мышления заключается в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения у больных соответствует образованию и жизненному опыту. Испытуемым доступны обобщение, сравнение, понимание условного смысла, перенос. Однако наряду с правильно обобщенными решениями отмечаются решения на основе актуализации слабых, случайных связей или конкретно-ситуационное объединение предметов, явлений в группу. У больных с проявлениями лабильности мышления повышена так называемая "откликаемость", они начинают реагировать, вплетать в свои рассуждения любой случайный раздражитель из внешней среды, нарушая инструкцию, утрачивая целенаправленность действий, ассоциаций.

Нарушение динамики мышления, выражавшееся в чередовании адекватных и неадекватных решений, не приводило к грубым нарушениям строения мышления. Оно лишь на какой- то отрезок времени искажало правильный ход суждений больных и являлось, очевидно, нарушением умственной работоспособности больных. В некоторых же случаях нарушение динамики мышления носило более стойкий характер, изменяло само строение мышления. Лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

**Инертность мышления**. Антиподом описанного нарушения является тип нарушений мыслительного процесса, в основе которого лежит *инертность связей прошлого опыта*. В этих случаях больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Инертность мышления – выраженная тугоподвижность переключения с одного вида деятельности на другой, затрудненность изменения избранного способа своей работы. Инертность связей прошлого опыта, трудности переключения могут привести к снижению уровня обобщения и отвлечения. Испытуемые не справляются с заданиями на опосредование ("пиктограмма", методика Леонтьева, классификация предметов по значимым признакам и т.д.). Подобные нарушения встречаются у больных эпилепсией, а также у больных с последствиями тяжелых травм головного мозга.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

**Тема №3: Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга и тревожных расстройств**

1. Общая характеристика нарушений психической деятельности органического генеза.

2. Структура и особенности синдрома деменции.

3. Структура патопсихологического синдрома при эпилепсии.

4. Структура патопсихологических синдромов при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона.

5. Систематика тревожных расстройств

**1 Общая характеристика нарушений психической деятельности органического генеза**

В работе патопсихолога часто необходимо провести диагностику между органическим заболеванием головного мозга и шизофренией. В данном случае следует тщательно исследовать внимание, память, мышление, признаки истощаемости.

В области органической психопатологии для исследования психической деятельности больных заболеваниями головного мозга сосудистой, атрофической и опухолевой этиологии (опухоли, травмы, некоторые виды сосудистой патологии головного мозга, болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие и т.д.) требуются знания не только в области патопсихологии, но и в области нейропсихологии.

При заболеваниях головного мозга разного генеза отмечаются признаки повышенной истощаемости, снижения памяти, трудности в оперировании абстрактными понятиями, переносным смыслом, инертность мышления. Более точную информацию для дифференцирования двух органических заболеваний (например, болезнь Пика или болезнь Альцгеймера), установление очага поражения головного мозга получают при применении специальных тестов нейропсихологии.

В результате органических изменений в головном мозге отмечаются психопатоподобные нарушения личности, астенические расстройства. Возможно также снижение уровня интеллектуально-мнестических процессов. Психопатоподобные нарушения личности характеризуются сужением круга интересов, некоторой пассивностью, аффективной лабильностью, иногда, эксплозивностью, грубостью. Астенические расстройства выражаются в повышенной истощаемости, раздражительной слабости. Если отмечается интеллектуально-мнестическое снижение, то отмечается снижение критики, беспечность, эйфория, гневливость, слезливость.

Особенности патопсихологического исследования при органических заболеваниях

Патопсихологическое исследование памяти больных с этими видами патологии выявляет снижение объема непосредственного и опосредованного запоминания. Введение опосредования (пиктограмма) не способствует улучшению воспроизведения. Испытуемый фиксирован на массе второстепенных деталей рисунка, что затрудняет удержание в памяти стимульных слов. Трудности отвлечения от конкретных деталей, склонность к чрезмерной детализации ассоциаций приводят к невозможности выделения значимых признаков сходства и отличия в методиках "исключение предметов", "классификация предметов", "определение понятий", "сравнение понятий" и др. Сужение объема восприятия затрудняет установление причинно-следственных связей в сериях картин с единым сюжетом, понимание контекста. В результате признаков повышенной истощаемости, выявляемых в методиках "корректурная проба", "счет по Крепелину", "таблицы Шульте" и других, отмечается неравномерность уровня обобщения. Это свидетельствует о колебаниях умственной работоспособности.

**Нарушения речи.** Для получения более четкой картины органических изменений используют методы нейропсихологии: исследования речи больных, зрительного гносиза, конструктивного праксиса. Вот наиболее распространенные нарушения, выявляемые с помощью специальных методов:

1. **контаминации** – сплавление частей отдельных слов;
2. **персеверации** – застревание на отдельных словах;
3. **парафазии** – искажение слов или замена одного слова другим, часто сходным по звучанию, но далеким по значению;
4. **аграфия** – нарушение письма, проявляющееся как утрата способности писать буквы в словах при сохранном интеллекте, часто в результате недоразвития фонематического слуха;
5. **алалия** – нарушение речи при сохранном слухе;
6. **дизартрия** – нарушение произношения;
7. **афазии** – расстройство речи, состоящее в утрате способности пользоваться словами, фразами как средством выражения мысли;
8. **паралексии** – возникающие при чтении нарушения, идентичные парафазии.
9. Изучается устная, то есть разговорная речь: пересказ, повторения, автоматическая речь (числа, месяцы, стихи). При этом акцентируется внимание на желании говорить, на бедности или богатстве речи, на грамматическом строе, наличии парафазий, персевераций и т.д.
10. Анализ письменной речи: списывание, диктант, пересказ-изложение.
11. Понимание устной речи. Уделяют внимание пониманию слов, фраз, простых и сложных конструкций, заведомо нелепых фраз и инструкций.
12. Исследуют чтение – возможность чтения и понимания прочитанного.

**Нарушения восприятия.** Наиболее распространенной при поражении затылочно-теменных и затылочных отделов коры головного мозга является зрительная агнозия, реже – слуховая агнозия и тактильная агнозия. Разные виды агнозии появляются вследствие нарушения мыслительного синтеза отдельных элементов в целые группы. То есть испытуемый акцентирует внимание на отдельных "ярких", но второстепенных раздражителях, не выделяя существенных признаков.

**Нарушения праксиса.** У больных с поражениями нижнетеменной области головного мозга обнаруживаются апрактические расстройства, которые характеризуются затруднениями произвольных движений, потерей сформированных ранее навыков. При этом испытуемый может совершать отдельные элементарные действия, но нарушается их последовательность (временная и пространственная). Также возможны трудности реализации определенной программы действий вследствие нарушения связи между отделами головного мозга и зрительным анализатором.

**Исследование навыков.** Для исследования праксиса больным предлагаются пробы в том случае, если есть уверенность, что больной раньше владел утраченными навыками. Для проведения этой методики используется набор разных предметов, например, детский ботинок со шнурками (зашнуровать ботинок), скрепленные в одном месте 3 полоски ленты или веревки (заплести косу для женщин), стакан, бутылка, лейка, ключ с замком, коробка с пуговицами, кубики Кооса, куб Линка и т.д. Эти пробы в основном используются для больных старческого возраста, а также испытуемых с органическими поражениями головного мозга. Для исследования зрительно-моторной координации можно использовать электрокинограф. Исследуется точность движения обеих рук, умение больных координировать движение в заданном темпе, корригировать их под контролем зрения.

**2 Структура и особенности синдрома деменции**

Поражение головного мозга, приводящее к слабоумию, называется деменцией. Она сопровождается ухудшением памяти, нарушениями эмоционально-волевой сферы и в конечном итоге приводит к распаду личности. Деменция возникает в результате любого заболевания, вызывающего дегенерацию или гибель клеток головного мозга. Синдром деменции может проявиться после любого заболевания, способного привести к дегенерации и гибели клеток мозга. Продолжительность жизни больного зависит от того, как быстро прогрессирует деменция.

Выделяют несколько видов деменции. Она может быть первичным расстройством или возникать вследствие сосудистых патологий, травм, инфекций и интоксикаций. Чаще всего деменция возникает в результате сосудистых нарушений.

В зависимости от локализации патологии различают:

корковую деменцию, когда поражается кора головного мозга (алкогольная деменция, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика),

подкорковую деменцию, возникающую при патологиях подкорковых структур (болезнь Паркинсона),

корково-подкорковую деменцию, проявляющуюся вследствие сосудистых нарушений,

мультифокальную деменцию, отличающуюся множественными поражениями нервной системы.

Формы деменции

Лакунарная деменция, сопровождающаяся поражениями отдельных структур головного мозга. Обычно нарушается интеллектуальная сфера, у больного отмечаются ухудшается кратковременная память. При этом эмоционально-волевая сфера практически не страдает. Человек становится слишком восприимчивым и чувствительным. Такие симптомы проявляются на начальных стадиях слабоумия и характерны для болезни Альцгеймера.

Тотальная деменция сопровождается полным распадом личности. В этом случае затрагивается и эмоционально-волевая сфера человека, наблюдается девальвация духовных ценностей. У больного отсутствует чувство долга, стыдливость, проявляется социальная дезадаптация. При тотальном слабоумии поражаются лобные доли коры головного мозга. Такое состояние характерно для сосудистых нарушений, болезни Пика, опухолей, гематом и абсцессов.

Синдром деменции в старческом возрасте.

С возрастом вероятность появления заболевания деменция увеличивается. Процентное соотношение людей, достигших 80 лет, у которых обнаружена синильная деменция, составляет около 20%. Симптомы сенильной деменции важно обнаружить как можно раньше, ведь прогноз старческой деменции не утешительный. В этом возрасте могут возникнуть следующие типы синильных деменций: Деменция альцгеймеровского типа (атрофическая). Ее появление вызвано первичными дегенеративными процессами в нервных клетках. Сосудистая деменция. Для данного типа деменций характерно то, что дегенерация нервной системы является вторичным признаком в результате нарушения кровообращения головного мозга. Прогноз сосудистой деменции не благоприятен. При наличии сосудистой деменции продолжительность жизни больного не велика. Смешанный тип, когда вышеупомянутые типы деменции развиваются вместе.

Выделяют следующие симптомы сенильной деменции: нарушения механической памяти; дезориентация во времени и пространстве; эгоцентризм; излишняя суетливость в поведении, неряшливость; гиперсексуальность, разговоры на эротическую тематику; эгоцентризм.

Прежде всего, больной нуждается в постоянном уходе, важно поддерживать его двигательную активность. В лечении деменции препараты, оказывающие успокоительное воздействие, имеют большое значение. Улучшить прогноз старческой деменции поможет симптоматическое лечение старческих недугов.

В протекании заболевания деменция выделяют несколько стадий. На первом этапе наблюдаются нарушения интеллектуальной сферы пациента, при сохранении критического отношения к состоянию своего здоровья. Такие больные способны к самостоятельной жизни, поскольку могут выполнять привычные виды деятельности. На следующей стадии возникают интеллектуальные нарушения, снижается критическое восприятие заболевания. Пациенты не способны пользоваться бытовой техникой и электроприборами. Они нуждаются в постоянном наблюдении. На последней стадии наступает полный распад личности. Больные не могут обеспечить свои физиологические потребности без помощи посторонних.

Особенности диагностирования заболевания

О диагнозе деменция можно говорить при наличии таких признаков: Нарушение памяти. Наличие какого-либо нарушения: снижение способности к абстрактному мышлению; снижение критичности восприятия (больного просят построить планы на ближайший период жизни); наличие синдрома три «А»: афазии (нарушение речи); апраксии (затруднение выполнения целенаправленных действий, но способность к движению сохраняется); агнозии (нарушение восприятия при сохранности сознания). Больной может хорошо слышать звуки, не понимая речь, обращенную к нему. Часто он не узнает предметы или лица, не смотря на отсутствие проблем со зрением; личностные изменения (раздражительность, грубость, отсутствие стыдливости, агрессивность). Диагноз деменция ставится на основе тщательного исследования больного.

**3 Структура патопсихологического синдрома при эпилепсии**

**Эпилепсия** – это обычно хронически протекающее заболевание, характеризующееся наличием пароксизмальных расстройств, эпизодически возникающих расстройств в сознании, настроении. Заболевание в большинстве случаев приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. На отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы.

Этиология эпилептической болезни не установлена. Большинство исследователей считают, что в происхождении заболевания большое значение принадлежит наследственному фактору, кроме этого значительная роль в этиологии эпилепсии отводится экзогенным вредным факторам (внутриутробным и ранним постнатальным органическим повреждениям головного мозга, особенно токсико-аллергическим и травматическим).

Распространенность эпилепсии среди населения примерно 0,3-0,6%. Более половины людей заболевают в возрасте до 15 лет.

Один из характерных признаков эпилепсии – судорожный припадок. Обычно припадок начинается внезапно. Иногда за 1-2 дня до припадка появляются предвестники: плохое самочувствие, раздражительность, головная боль и т.д. Во время так называемого большого припадка больной теряет сознание, падает, у него начинаются тонические судороги (резкое напряжение мышц туловища и конечностей). Затем начинаются клонические судороги (сильные толчкообразные сокращения мышц конечностей, шеи, туловища). Длительность припадка – 3-4 минуты. После припадка появляется чувство вялости и сонливости. Во время припадка зрачки не реагируют на свет.

Перед судорожным припадком может иметь место аура. Аура по своим проявлениям разнообразна у разных больных. Однако у одного и того же больного она как правило носит стереотипный характер. По анализу содержания ауры психиатр косвенно может определить область мозга, в которой начинается разряд. Выделяют несколько типов ауры – сенсорную, вегетативную, моторную, психическую, речевую и сензитивную.

Частота припадков может быть разная: от ежедневных до одного-двух раз в год.

Помимо типичных судорожных припадков бывают атипичные, которые проявляются полным отсутствием судорожных компонентов:

* малые припадки характеризуются потерей сознания на несколько минут, при этом больной не падает;
* сумеречное состояние сознания – более или менее глубокое помрачение сознания, нарушение ориентировки, наличие бреда, галлюцинаций, иллюзий устрашающего характера;
* амбулаторный автоматизм – на фоне сумеречного состояния сознания больной может производить достаточно сложные упорядоченные действия. Сюда относится сомнамбулизм (лунатизм).

Характерные изменения личности при эпилепсии. Изменения личности по эпилептическому типу – это тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность мышления, невозможность отличить главное от второстепенного, дисфории (приступы расстройств настроения, чаще склонность к злобно-тоскливому).

Результатами болезни являются трудности с использованием нового опыта, слабость комбинаторных способностей, ухудшение воспроизведения прошлого опыта. Следует отметить полярность аффекта – сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости). Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается подчеркнутый до карикатурности педантизм в отношении одежды, порядка в доме и т.п. Существенной чертой эпилептиков является инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений, свойственная некоторым больным неадекватная религиозность. Часто встречается утрированная до слащавости, до подобострастия любезность; сочетание повышенной чувствительности, ранимости с брутальностью, злобностью. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, больные скупы и сдержанны в жестах.

Во время патопсихологического исследования больных эпилепсией изучается мышление (динамика, операции), память, внимание, врабатываемость, переключения. Мышление у больных эпилепсией тугоподвижное, вязкое. Больные затрудняются выполнить любые пробы на переключение. Использование таблиц Шульте выявляет замедление темпа психической деятельности (брадикардия). Время отыскивания чисел на одной таблице увеличивается до 1,5-2,5 минут и более. При этом не отмечается истощаемости, если нет соматизации. В методиках "исключения предметов", "классификация", "аналогии" больные затрудняются дифференцировать главные и второстепенные признаки. Отмечается фиксация внимания на конкретных малосущественных деталях. В результате испытуемые затрудняются устанавливать сходство на основе родовой принадлежности. При описании рисунков, пересказе текстов, установлении последовательности событий по серии сюжетных картин отмечается чрезмерная детализация ассоциаций, обстоятельность суждений. В ассоциативном эксперименте отмечается увеличение латентного периода, частые эхолалические реакции, однообразное повторение названий одних и тех же предметов, инертность установки (например, когда больной отвечает, то только прилагательными). В результате оскудения словарного запаса больные образуют антонимы, прибавляя частицу "не". Особенно выражено затруднение при предъявлении абстрактных понятий. Часто речь больных изобилует уменьшительно-ласкательными суффиксами, замедлен темп речи. Резонерство при этом заболевании отличается патетичностью, поучительностью, переоценкой своего жизненного опыта, банальностью ассоциаций, шаблонами в мышлении. Больные часто включают себя в ситуации (например, при рисовании пиктограмм и т.д.), не понимают юмора (серия рисунков Х. Бидструпа), что свидетельствует об эгоцентризме, недостаточности осмысления переносного смысла, подтекста. У больных отмечается снижение памяти, кривая запоминания "10-ти слов" носит характер "плато". Снижение уровня обобщения пропорционально снижению памяти.

**4 Структура патопсихологических синдромов при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона.**

**Болезнь Альцгеймера**

Согласно эпидемиологическим данным, в целом в населении 5%лиц старше 65 лет страдают проявлениями деменции. Первичная дегенеративная деменция типа Альцгеймера выявляется у 50-60% всех лиц, страдающих деменцией.

Это атипичная форма старческого слабоумия, так как заболевание начинается в более раннем возрасте (40-45 лет). Протекает более тяжело. При этом атрофический процесс поражает в большей степени отдельные области головного мозга (теменно-затылочные, височные, лобные отделы левого полушария). На первой стадии болезни Альцгеймера отмечаются расстройства внимания, интеллектуально-мнестическое снижение, а также нарушение письменной речи и чтения, гнозиса, праксиса. Во второй стадии прогрессирует слабоумие с афатическими, агностическими и апрактическими расстройствами. В третьей стадии наступает глубокий психический распад. Последовательность развития болезни такая же, как при старческом слабоумии, но распад психической деятельности более глубокий. Больные вследствие выраженных амнестических расстройств беспомощны, не способны обслуживать себя, могут совершать антисоциальные действия, поэтому нуждаются в постоянном уходе.

Этиология заболевания точно неизвестна. Имеются данные о том, что в основе форм заболевания с ранним началом основным этиологическим фактором является генетическая неполноценность, которая в настоящее время четко идентифицирована в 21 хромосоме. Кроме того, при болезни Альцгеймера выявлены нарушения обмена нейротрансмиттеров и нейромодуляторов, а также повышенное накопление солей алюминия в клетках мозга.

Болезнь Альцгеймера (БА) является первичным дегенаративным церебральным заболеванием с характерными нейропатологическими и нейрохимическими признаками.

Патологические изменения при БА не поддаются точному определению. Дело в том, что некоторые из них в какой-то степени проявляются и при нормальном старении. Общепринятого количественного различия, которое можно было бы провести между нормальным старением и БА, до настоящего времени не существует. Ключевым отличием изменений, относимых к нормальному старению или БА, является большее их число, а некоторых – более широкое распространение при БА.

Масса и объем мозга, в частности его полушарий, при БА снижаются. По патологоанатомическим данным, уменьшение массы мозга у страдавших БА, по сравнению со здоровыми, достигает 7 - 8%. Иногда при БА выявляют массивную генерализованную атрофию коры мозга, как правило, - у относительно молодых больных.

Клиника. Обычно заболевание имеет постепенное начало и медленно, но неуклонно развивается в течение нескольких лет. По времени это может быть и 2, и 3 года, но иногда значительно больше. Начало может быть в среднем возрасте или даже раньше (БА с началом в пресенильном возрасте), однако заболеваемость выше в позднем возрасте и старше (БА с началом в сенильном возрасте). В случаях с началом заболевания до 65-70 лет имеется вероятность наличия в семейном анамнезе схожих форм деменции, более быстрого темпа течения и характерных признаков повреждения мозга в височной и теменной области, включая симптомы дисфазии и диспраксии. В случаях с более поздним началом намечается тенденция к более медленному развитию, заболевание в этих случаях характеризуется общим поражением высших корковых функций. Больные с синдромом Дауна подвержены высокому риску заболеть БА.

Клинические признаки обычно сопровождаются также и повреждениями мозга. Однако прогрессирующее развитие клинических и органических изменений не всегда идет параллельно: может иметь место бесспорное присутствие одних симптомов с минимальным наличием других. Тем не менее, клинические признаки БА таковы, что очень часто можно поставить предположительный диагноз только на основании клинических данных.

В настоящее время БА необратима.

Для достоверного диагноза необходимо присутствие следующих признаков:

а) Наличие деменции, (как это описано в разделе общей психопатологии);

б) Постепенное начало с медленно нарастающим слабоумием;

Хотя время начала заболевания установить трудно, обнаружение окружающими существующих дефектов, может наступить внезапно. В развитии заболевания может отмечаться некоторое плато.

в) Отсутствие данных клинического или специальных исследований, которые могли бы говорить в пользу того, что психическое состояние обусловлено другими системными или мозговыми заболеваниями, приводящими к деменции (гипотиреоидизм, гиперкальцемия, дефицит витамина В-12, дефицит никотинамида, нейросифилис, гидроцефалия нормального давления, субдуральная гематома).

г) Отсутствие внезапного апоплектического начала или неврологических симптомов, связанных с повреждением мозга, таких как гемипарезы, потеря чувствительности, изменения полей зрения, нарушение координации, возникающих рано в процессе развития заболевания (правда, такие симптомы могут в дальнейшем развиваться и на фоне деменции).

Деменция при БА с началом до 65 лет с относительно быстро прогрессирующим течением и с множественными выраженными расстройствами высших корковых функций. В большинстве случаев на относительно ранних этапах деменции проявляются афазия, аграфия, алексия и апраксия.

При болезни Альцгеймера с поздним началом имеется клинически установленное время начала заболевания после 65 лет или обычно после 75 или позже. Отмечается медленное прогрессирование с нарушениями памяти как основная черта болезни.

Болезнь Пика

В основе заболевания лежит атрофия отдельных участков головного мозга (лобные, височные или теменные). У этих больных выражены следующие изменения личности: снижение инициативы, пассивность, вялость, аспонтанность, аффективное огрубение, часто повышенный фон настроения, половая распущенность. Отмечается нарушение произвольной репродукции, инертность проактивного торможения (так называемый интерферирующий эффект), конфликтность в результате резкого снижения интеллектуально-мнестической деятельности. Также наблюдаются амнестические расстройства, афазии, аграфии, персеверации (слов, фраз, движений). Снижение памяти обычно вторично по отношению к вышеперечисленным расстройствам. У больных длительно сохраняется возможность написания автоматизированных энграмм и чтения (без понимания).

На начальной стадии заболевания сохраняется способность к фиксации, запечатлению. Больные воспроизводят 7-8 слов из 10-ти в сравнении с больными старческим слабоумием и болезнью Альцгеймера (2-3 слова). Редко отмечается Корсаковский синдром. Наблюдается быстрая прогредиентность слабоумия в сравнении с болезнью Альцгеймера. В конце заболевания отмечается безразличие ко всем явлениям жизни и распад речи.

Прогрессирующее течение деменции начинается в среднем возрасте (обычно между 50 и 60 годами), с медленно нарастающими изменениями характера и социальным снижением, и последующими интеллектуальными нарушениями, снижением памяти, речевых функций с апатией, эйфорией и (иногда) экстрапирамидными феноменами. Патологоанатомическая картина заболевания характеризуется избирательной атрофией лобных и височных долей, но без появления невритических (аргентофильных) бляшек и нейрофибриллярных сплетений в избыточном количестве по сравнению с нормальным старением. При раннем начале намечается тенденция к злокачественному течению. Социальные и поведенческие проявления часто предшествуют явным нарушениям памяти.

Для достоверного диагноза необходимы следующие признаки:

а) прогрессирующая деменция;

б) превалирование лобной симптоматики с эйфорией, эмоциональным побледнением, грубым социальным поведением, растормаживанием и либо апатией, либо беспокойным состоянием;

в) такое поведение обычно предшествует отчетливым нарушениям памяти.

Лобные симптомы более выражены, чем височные и теменные, в отличие от болезни Альцгеймера.

**Болезнь Паркинсона**

В 1817 году английский врач Джеймс Паркинсон описал "дрожательный паралич" в книге "Эссе о дрожательном параличе", который проявлялся дрожанием рук и ног, замедленностью всех движений, "скованностью" конечностей и тела, а также неустойчивостью и нарушением равновесия. Это заболевание получило название болезни Паркинсона.

Болезнь Паркинсона - хроническое, прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, обусловленное в основном утратой дофамин-содержащих клеток нигростриарного пути и характеризующееся следующими основными симптомами - брадикинезией, тремором, ригидностью.

Средний возраст начала Болезнь Паркинсона - 55 лет. В то же время у 10% больных заболевание дебютирует в молодом возрасте, до 40 лет. Заболеваемость паркинсонизмом не зависит от половой и расовой принадлежности, социального положения и места проживания.

При болезни Паркинсона поражается участок мозга, называемый черная субстанция, где вырабатывается дофамин. Функция дофамина заключается в плавной передаче импульсов для обеспечения нормальных движений. При болезни Паркинсона уменьшается продукция дофамина, нарушается нормальная передача нервных импульсов и появляются основные симптомы паркинсонизма, такие как: дрожание, "скованность" мышц, замедленность движений, неустойчивое равновесие.

Последовательность появления отдельных симптомов бывает различна - в одних случаях это - дрожание, в других - скованность и замедленность движений. Сходные симптомы паркинсонизма могут быть и при поражении головного мозга при гипертонической болезни и/или атеросклерозе, после травмы (или повторных травм) головного мозга и некоторых других хронических заболеваниях головного мозга.

При болезни Паркинсона эти симптомы сначала появляются, а потом бывают больше выражены на одной стороне тела. При паркинсонизме другого происхождения эти проявления чаще бывают симметричны и сочетаются с другими симптомами поражения нервной системы: нарушениями координации, чувствительности и др.

Кроме указанных нарушений движений, у больных с болезнью Паркинсона утрачивается выразительность мимики. Больные могут выглядеть равнодушными, безразличными, хотя на самом деле обычно переживают ту или иную ситуацию как здоровые люди.

Вовлечение речедвигательной мускулатуры приводит к нарушению речи - она может стать мало модулированной, неразборчивой. Близкие больному люди часто сердятся, потому что они думают, что больной небрежно произносит фразы. Эта неловкая ситуация может быть преодолена, если близкие люди поймут, что больной не может говорить иначе.

Нарушение движений изменяет и почерк. Если больной не старается хорошо писать, то нередко бывает трудно прочитать написанное. Кроме перечисленных нарушений движения бывают и так называемые вегетативные расстройства: изменение аппетита, слюноотделения, деятельности кишечника (запоры), частоты мочеиспускания.

При болезни Паркинсона у больных часто наступает угнетенное состояние духа (депрессия). Это связано с двумя причинами: во-первых, больной бывает огорчен тем, что не может действовать так же полноценно, как прежде ни на работе, ни дома; во-вторых, в природе самой болезни лежит повреждение и тех отделов мозга, которые обеспечивают человеку уравновешенное настроение. Проявления депрессии разнообразны, но включают в себя ряд характерных симптомов: плохое настроение, необычно быстрая утомляемость, снижение внимания и сосредоточенности, тревога и раздражительность, безразличие к окружающему, снижение аппетита.

**5 Систематика тревожных расстройств**

Современные классификации психических расстройств отказались от традиционного деления заболеваний на психозы и неврозы.

В МКБ-10 и в DSM -IV термин невроз отсутствует, а термин невротический остался только в МКБ-10. Он используется для обозначения большой группы расстройств «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 4». Некоторые расстройства, относившиеся в МКБ-9 к разделу невротических, здесь отнесены к различным диагностическим группам.

Классификация невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств

F40 Тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

F40.00 без панического расстройства

F40.01 с паническим расстройством

F40.1 Социальные фобии

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

F40.8 Другие тревожно-фобическеие расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)

F41.00 паническое расстройство, умеренной степени по меньшей мере 4 панических атаки в четырехнедельный период

F41.01 паническое расстройство, тяжелой степени по меньшей мере четыре панических атаки в неделю за четыре недели наблюдения

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F41.2 Смешанные тревожные и депрессивные расстройства

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

F42 Обсессивно-компульсивные расстройства

F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации

F43.0 Реакция на острый стресс

F43.00 легкая

F43.01 умеренная

F43.02 тяжелая

F43.1 Посттравматическое стрессорное расстройство

F43.2 Расстройство адаптации

F43.20 Короткая депрессивная реакция.

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция.

F43.23 С преобладанием расстройств других эмоций

F43.24 С преобладанием нарушения поведения.

F43.25 Со смешанными расстройствами эмоций и поведения.

F43.28 С другими уточненными преобладающими симптомами

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.0 Диссоциативная амнезия

F44.1 Диссоциативная фуга

F44.2 Диссоциативный ступор

F44.3 Трансы и состояния овладения

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

F44.5 Диссоциативные судороги

F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря чувствительности

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.80 синдром Ганзера

F44.81 расстройство множественной личности

F44.82 Преходящие диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детстве или в подростковом возрасте

F44.88 По-другому определяемые диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное

F45 Соматоформные расстройства

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

F45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система

F45.31 Верхние отделы желудочно-кишечного тракта

F45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта

F45.33 Дыхательная система

F45.34 Мочеполовая система

F45.38 Другие органы или системы

F45.4 Состояние упорной соматоформной боли

F45.8 Другие соматоформные расстройства

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

F48 Другие невротические расстройства

F48.0 Неврастения

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

F48.8 Другие уточненные невротические расстройства

F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

Определяют следующие синдромы, патогномоничные для невротических расстройств.

1. Страхи. Любые варианты фобий (страх толпы, публичных мест, передвижения вне дома, потери контроля, сумасшествия, заболевания, повести себя неправильно, покраснеть, крови, травм, животных и т.п.).

2. Приступы паники. Эпизоды захлестывающей тревоги с внезапным началом и быстрым развитием до высшей точки. Эпизоды длятся от нескольких минут до одного часа и непредсказуемы, т. е. не ограничиваются какой-то конкретной ситуацией или набором внешних обстоятельств. Другие ведущие симптомы включают дрожь, боли в груди, ощущения удушья, головокружение и ощущение нереальности (деперсонализация и/или дереализация). Часто наблюдаются также вторичный страх смерти, утраты самоконтроля или помешательства.

3. Тревога, беспокойство, тревожные опасения. Неприятные или беспокоящие мысли, которые не поддаются сознательному контролю с помощью переключения внимания на другие предметы. Беспокойство часто упорное, повторяющееся и непропорциональное беспокоящей причине (она может быть даже тривиальной).

4. Симптомы вегетативной тревоги. Тревога, выраженная различными автономными симптомами, такими как сердцебиение, влажные ладони, сухость во рту, головокружение, дрожание рук или конечностей, горячий или холодный пот или приливы, затрудненное дыхание, стеснение или боль в груди, затруднение глотания («ком в горле»), частое мочеиспускание, звон в ушах, бурление в желудке, тошнота. Страхи — такие, как страх умереть, сойти с ума, потерять эмоциональный контроль или надвигающегося большого несчастья, обычно связаны с вышеописанными вегетативными симптомами. Ощущения нереальности объектов (дереализация) или чувство отстраненности (деперсонализация) могут присутствовать.

5. Навязчивые мысли. Идеи, образы или импульсы, которые овладевают сознанием индивида повторно и настойчиво в стереотипной форме. Они различны по содержанию, но всегда мучительны, и индивид безуспешно старается противостоять им. Эти мысли расцениваются как свои собственные, индивида, даже когда они непроизвольны и часто неприемлемы.

6. Компульсивные действия. Повторяющиеся стереотипные поведение и ритуалы, воспринимаемые индивидом как бессмысленные и неэффективные, так что он/она делает повторные попытки противо­стоять им. Большинство компульсивных действий или ритуалов связаны с чисткой (особенно с умыванием рук), наведением порядка, аккуратностью или контролированием. Такое пове­дение возникает из страха перед опасными событиями, которые могут случиться с индивидом или быть им вызваны. Ритуалы представляют собой попытку предотвратить опасность. Компульсивные акты и ритуалы могут занимать многие часы ежедневно и иногда связаны с заметной нерешительностью и медлительностью. Если компульсивные акты устойчивы, то тревога индивида возрастает.

7. Подверженность исключительным психическим, физическим или социальным стрессорам. Подавляющее травматичное переживание (например, природная катастрофа), влекущее за собой серьезную угрозу физической, эмоциональной или социальной целостности индивида и требующее от него приспособления к новым обстоятельствам.

8. Постоянные воспоминания или «переживания» стрессового воздействия. Эпизоды повторного оживления психотравмы во вторгающихся воспоминаниях («обратный кадр») или сны, возникающие у индивида, помещенного в исключительно стрессорные события или ситуацию. Эти эпизоды случаются вопреки устойчивому фону чувства оцепенения, эмоционального притупления, отчужденности от других людей и отсутствию реакции на окружающее. Избегание обстоятельств, связанных со стрессом.

9. Избегание обстоятельств, связанных со стрессом. Тенденция избежать намеков, действий и ситуаций, напоминающих индивиду о пережитом стрессорном событии.

10. Признаки нарастающей психологической чувствительности или возбуждения. Повышенная тропность к психотравмирующим ситуациям, несдержанность, возникновение бурных гиперстенических или астенических эмоциональных реакций в ситуации, требующей адаптивного поведения.

11. Диссоциативные (конверсионные) симптомы или состояния. Частичная или полная потеря интеграции между воспоминаниями прошлого, осознанием своей идентичности, непосредственными ощущениями и контролем за движениями тела. Ослаблен сознательный контроль над воспоминаниями и ощущениями, которые могут быть отобраны в данный момент для внимания, а также выбор движений, которые должны быть совершены. Диссоциативные симптомы предположительно имеют психогенное происхождение и тесно связаны во времени с травматическими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями. Индивид с диссоциативными симптомами часто отрицает проблемы, очевидные для других.

12. Многочисленные и разнообразные физические жалобы, необъяснимые никаким соматическим расстройством. Многочисленные и разнообразные физические жалобы, необъяснимые каким-либо физическим расстройством. Долго продолжающиеся многочисленные рецидивирующие и часто меняющиеся соматические симптомы, без какой бы то ни было определимой органической основы.  При наличии какого-либо физического расстройства оно не объясняет природу и степень симптомов, страдание или озабоченность индивида.

13. Повторные консультации с профессионалами (медиками) и упорный отказ следовать медицинским советам. Длительная и сложная история контактов с медицинскими и другими альтернативными службами здоровья, во время которых может быть проведено много ненужных исследований. Настойчивый отказ принять (медицинский) совет. Отказ принять совет и заверения врача или других медиков-профессионалов, что симптомы не имеют органической основы, вопреки повторным отрицательным результатам различных исследований. Даже в случаях, когда возникновение и течение симптомов имеют тесную связь с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, индивид сопротивляется попыткам принять возможность психологической причины симптомов.

1. Психическая или физическая усталость. Психическая усталость - сильное и длительное психическое истощение даже после минимальных психических усилий. Часто сопровождается неприятным вторжением отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, трудностью концентрирования, фокусирования и поддержания внимания и в целом неэффективным мышлением. Состояние обычно связано с пониженной эффективностью в разрешении повседневных задач. Физическая усталость – ощущение телесной слабости и истощения после минимальных физических усилий, иногда сопровождающееся ощущениями мышечных болей и страданий.

***Основные этиопатогенетические факторы развития неврозов.***

Этиопатогенез невротических расстройств определяется следующими факторами:

Генетические – это, в первую очередь, конституциональные особенности психологической склонности к невротическому реагированию и особенности вегетативной нервной системы. Первые доказаны на основании результатов выполнения психологических тестов (степень нейротизма), вторые определением тенденции вегетативной нервной системы реагировать на стрессовые воздействия. По данным авторов полная конкордантность определяется у 40% монозиготных близнецов, и у 15% дизиготных близнецов.

Факторы, влияющие в детском возрасте – исследования, проводившиеся в этой области не доказали однозначного влияния, однако невротические черты и наличие невротических синдромов в детском возрасте свидетельствует о недостаточно устойчивой психике и об отставании в созревании.

Особое значение влиянию психотравм раннего детства на формирование невротических расстройств уделяют психоаналитические теории.

Личность – факторы детского возраста способны формировать личностные особенности, которые впоследствии становятся почвой для развития неврозов. Вообще, значение личности, в каждом случае как бы обратно пропорционально степени тяжести стрессовых событий в момент начала невроза. Так, у нормальной личности, невроз развивается только после серьезных стрессовых событий, например, неврозы военного времени. И, наоборот.

Предрасполагающие черты личности бывают двух видов: общая склонность к развитию невроза и специфическая предрасположенность к развитию невроза определенного типа.

Невроз, как нарушение научения. Здесь представлены теории двух типов. Сторонники теорий первого типа признают некоторые этиологические механизмы, предложенные Фрейдом, и пытаются объяснить их с точки зрения механизмов научения. Так, вытеснение при этом трактуется как эквивалент научения избеганию, эмоциональный конфликт приравнивается к конфликту приближения – уклонения, а смещение к ассоциативному научению.

Теории второго типа отвергают идеи Фрейда и пытаются объяснить невроз, исходя из понятий, заимствованных в экспериментальной психологии. При этом тревога рассматривается как стимулирующее состояние (импульс), тогда как другие симптомы считаются проявлением усвоенного поведения, подкреплением для которого служит вызываемое ими снижение интенсивности этого импульса.

Факторы окружающей среды (условия жизни, труда, безработица и т.п.),

### неблагоприятная обстановка.

В любом возрасте наблюдается четкая взаимосвязь между психологическим здоровьем и показателями социального неблагополучия, такими, как непрестижный род занятий, безработица, бедность домашней обстановки, теснота, ограниченный доступ к благам, таким, как транспорт (Harris 1988; Champion 1990). Вероятно неблагоприятная социальная обстановка увеличивает степень дистресса, но вряд ли выступает этиологическим фактором в развитии более тяжелых расстройств.

Неблагоприятные жизненные события (одна из причин – отсутствие в социальном окружении защитных факторов, а также внутрисемейные неблагоприятные факторы).

Достаточно четко все эти факторы были суммированы в теории «барьера психической адаптации» и развитии невротического расстройства в тех случаях, когда этот барьер недостаточен для противодействия психотравме.

Этот барьер как бы вбирает в себя все особенности психического склада и возможности реагирования человека. Хотя он базируется на двух (расчленяемых лишь схематично) основах – биологической и социальной, но по существу является их единым интегрированным функционально-динамическим выражением.

**Тема №4: Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств и расстройств настроения**

1. Диссоциативные расстройства.

2. Расстройства настроения.

3. Общая характеристика синдрома депрессии.

4. Нарушения психической деятельности при маниакальных состояниях.

1. **Диссоциативные расстройства**

До последнего времени по отношению к этим расстройствам, как правило, употребляли термин «истерия». Изменение в терминологию было внесено главным образом потому, что слово «истерия» используется в бытовом языке для обозначения экстравагантного поведения, а применение одного и того же слова по  отношению к различным явлениям синдрома, рассматриваемого здесь, приводит к путанице. В двух основных системах классификации используются два разных подхода. В DSM-IIIR применяются термины «конверсионное расстройство» и диссоциативное расстройство»: первый — для обозначения расстройств, при которых соматические симптомы являются главными проявлениями; второй главным образом  относится к таким психологическим проявлениям, как амнезия и множественная личность. В МКБ- 10 оба типа проявлений обозначаются как диссоциативные (конверсионные) расстройства, с подразделением на диссоциативные расстройства движения и восприятия (соответствуют диссоциативным расстройствам в DSM-IIIR).

**Конверсионный или диссоциативный симптом** — это симптом, предполагающий соматическое заболевание, но возникающий при отсутствии соматической патологии и продуцируемый скорее подсознательно, чем умышленно. В связи с такой концепцией возникают две очевидные трудности. Во-первых, соматическую патологию редко можно исключить с полной уверенностью при первом же осмотре. Во-вторых, не всегда можно быть уверенным в том, что симптомы продуцируются бессознательными  механизмами. Неопределенность в отношении  диагноза часто можно преодолеть, только дождавшись катамнестических данных; пока они недоступны, диагноз конверсионного или  диссоциативного расстройства должен рассматриваться как предварительный, и его следует пересмотреть с получением новых данных.

Конверсионные и диссоциативные симптомы могут возникать при нескольких психических расстройствах. Они, конечно, являются основными характерными признаками конверсионных и диссоциативных расстройств, но также возникают при тревожных, депрессивных и органических психических расстройствах. Важно понимать это и внимательно обследовать больного в поисках других симптомов этих  первичных расстройств, прежде чем прийти к заключению, что конверсионные симптомы указывают именно на конверсионное расстройство или диссоциативные — на диссоциативное расстройство.

**Клиническая картина.** Несмотря на то, что конверсионные и диссоциативные симптомы не продуцируются сознательно, они отображают представления больного о заболевании. Бывает, что имитируются симптомы больного родственника или друга. Иногда они возникают на основании собственного опыта больного в отношении перенесенных заболеваний; например, диссоциативная потеря памяти может возникнуть у того, кто ранее перенес травму головы. Воспроизведение болезни будет наименее точным у людей с минимальными знаниями о ней, например у детей или умственно отсталых, и наиболее точным - у  обладающих специальными знаниями, например у работающих в больнице. Как правило, существуют явные расхождения между признаками и симптомами конверсионного и диссоциативного расстройств и проявлениями и симптомами органического заболевания; например, зона распространения анестезии не соответствует анатомической иннервации данного участка. Поэтому в каждом случае необходимо провести тщательное медицинское обследование.   
Симптомы конверсионного и диссоциативного расстройств обычно предоставляют больному некоторые преимущества. Поэтому вслед за Фрейдом считают, что эти расстройства  приносят вторичную выгоду (первичной выгодой  является то, что тревога, возникающая вследствие психологического конфликта, исключается из сознания больного). Так, женщина может быть избавлена от ухода за пожилым родственником, если у нее развивается конверсионное расстройство, сопровождающееся параличом руки. Хотя вторичная выгода характерна для конверсионных и диссоциативных расстройств, она не  ограничивается ими; ведь и люди с реальным соматическим заболеванием иногда приобретают некоторые преимущества благодаря своему несчастью. Женщина с параличом руки вследствие органической причины может быть довольна тем, что избавлена от ухода за пожилым родственником. Вторичная выгода также иногда наблюдается и при других неврозах; например, женщина, страдающая агорафобией, может получить больше внимания от своего мужа, не имея возможности выходить из дома. Из этого следует, что хотя вторичная выгода и является важным характерным признаком конверсионного и диссоциативного расстройств, она не может быть использована для подтверждения диагноза. Больные с конверсионными и диссоциативными симптомами часто демонстрируют страдание меньше ожидаемого — состояние, которое иногда называют «belle indifference» — «красивое равнодушие» (термин взят у французских  авторов XIX века). Оно не равнозначно стоицизму тех больных, которые не позволяют себе проявлять свои страдания. Больной с конверсионным расстройством может не проявлять беспокойства по поводу своих симптомов, но часто обнаруживает преувеличенные эмоциональные реакции другими способами.

**Расстройства движения.**

Эти расстройства включают паралич произвольно сокращающихся мышц, тремор, тики и нарушения походки. При осмотре конечностей больного с психогенным параличом часто оказывается, что отсутствие движения является результатом одновременного действия флексоров и экстензоров. Хотя в ответ на просьбу подвигать пораженной частью тела мышечная активность отсутствует, другие тесты обычно обнаруживают, что мышца способна реагировать, когда внимание больного чем-либо отвлечено. Область паралича не соответствует иннервации данной части тела. Соответствующие изменения  рефлексов отсутствуют; в частности, подошвенный рефлекс всегда остается сгибательным. Гипотрофия отсутствует, кроме хронических случаев, при которых иногда встречается атрофия. Во всех других случаях наличие мышечной гипотрофии убедительно указывает на органическую причину.   
Подобным образом, несмотря на то что конечности могут удерживаться в согнутом положении, истинные контрактуры встречаются нечасто. Психогенные нарушения походки, как правило, крайне необычны, привлекают внимание к больному и усиливаются, когда за ним наблюдают. Этот тип походки не похож ни на один из описанных при известных неврологических расстройствах. И хотя при тестировании равновесия может появиться заметная неустойчивость, она часто исчезает, если отвлечь внимание больного. Психогенный тремор, как правило, грубый и вовлекает всю конечность. Он усиливается, когда к нему привлекают внимание, но то же происходит и при других видах тремора, вызванных неврологическими причинами. Прежде чем диагностировать какое-либо нарушение моторики как психогенное, всегда необходимо внимательно рассмотреть возможность заболевания  нервной системы. Психогенные афония и мулом не сопровождаются какой-либо патологией губ, языка, неба или голосовых связок, и больной может кашлять нормально. Они обычно более выражены, чем соответствующие состояния, вызванные органическими поражениями.  
 **Расстройства восприятия.**

Сенсорные симптомы включают анестезию, парестезию, гиперестезию и боль, а также глухоту и слепоту. Вообще психогенные сенсорные нарушения отличаются от наблюдаемых при органическом заболевании распространением, не соответствующим схеме иннервации данной части тела, изменяющейся интенсивностью, а также реакцией на суггестию. Последний момент следует очень осторожно использовать при установлении диагноза, потому что у внушаемых больных сенсорные симптомы органического происхождения могут также реагировать на  внушение. Гиперестезии обычно ощущаются в  голове или в животе и могут описываться как болезненные или жгучие. И хотя распространено мнение, что вычурные описания подтверждают психогенное происхождение таких симптомов, это ненадежный диагностический критерий, потому что больные с истерическими чертами  личности могут описывать симптомы органического заболевания таким же вычурным языком.  
 Диагноз психогенной боли следует ставить только после тщательных поисков органических  причин. Психогенная слепота может принимать форму концентрического сужения поля зрения («туннельное зрение»), но бывают и другие дефекты поля зрения. Слепота не сопровождается изменениями зрачковых рефлексов, и бывают косвенные доказательства того, что человек может видеть; например, он избегает столкновения с окружающими предметами. Границы поля зрения могут меняться, тогда как визуально вызванные реакции нормальны. Аналогичные соображения применимы и к психогенной глухоте. Психогенные судороги обычно можно отличить от эпилепсии по трем признакам. Больной не теряет сознания, хотя и может быть недоступен контакту; характер судорожных движений не имеет последовательной и стереотипной формы припадков; отсутствуют недержание мочи, цианоз или травмы, не прикусывается язык. Данные электроэнцефалографии также нормальны. Если ЭЭГ показывает истинность эпилептических  припадков, ставится диагноз эпилепсии, даже если  имеются дополнительные психогенные проявления. Гастроинтестинальные симптомы включают жалобы на дискомфорт в животе, метеоризм и отрыжку. Многократная рвота может быть симптомом эмоциональных нарушений и иногда классифицируется как психогенная. Такой диагноз следует ставить только после тщательного обследования с целью исключить соматические причины.

**Психические симптомы.**

Психогенная амнезия начинается внезапно. Больные не в состоянии вспомнить длительные периоды своей жизни, а иногда отрицают, что они хоть что-нибудь знают о своей прежней жизни или о себе (идентичность собственной личности). У некоторых таких больных имеется  сопутствующее органическое заболевание, в частности эпилепсия, рассеянный склероз или последствия травмы головы (Kennedy, Neville 1957). У этих больных с органическими заболеваниями симптомы похожи на те, которые наблюдаются у больных с психогенными  нарушениями, и также могут начинаться внезапно. Более того, больные с органическим заболеванием могут быть так же внушаемы, как и те, у которых его нет, и тоже способны вновь обретать свою память. При психогенной фуге больной не только теряет память, но и уходит от своего обычного окружения. Когда его находят, он, как правило, отрицает, что может вспомнить места, где блуждал; нередко не помнит, кто он. Фуги также бывают при эпилепсии, тяжелых депрессивных расстройствах и алкоголизме. Они могут быть связаны с суицидальными попытками. У многих больных, имевших фуги, в анамнезе обнаруживаются серьезные нарушения отношений с родителями в детстве, а многие другие являются привычными лжецами. Псевдодеменция является более распространенным расстройством с нарушениями памяти и поведения, которые вначале как будто указывают на общее нарушение интеллекта. При простых исследованиях памяти больной дает неправильные ответы, которые, однако, вызывают сильное подозрение, что он знает правильный ответ. Часто трудно с уверенностью сказать, в какой степени его поведение умышленно. Однако такая же клиническая картина иногда наблюдается и при органических заболеваниях мозга, эпилепсии или шизофрении.

**Синдром Ганзера** — редкое состояние, характеризующееся четырьмя признаками: «мимоговорением», психогенными соматическими симптомами, галлюцинациями и выраженным помрачением сознания. Впервые его описали у заключенных (Ganser 1898), но данное состояние бывает не только у них. Термин «мимоговорение» означает, что на простые вопросы даются ответы, которые явно неправильны, но  вызывают предположение, что правильный ответ известен. Так, больной на вопрос о том, сколько ног у курицы, может ответить «три»; а когда его просят сложить два и два, может ответить «пять». Если есть галлюцинации, то они, как правило, зрительные и могут носить сложный характер. Некоторые авторы предполагают, что этот синдром является необычной формой  психоза. Необходимо исключить органическое психическое расстройство, особенно когда частью клинической картины являются спутанное мышление и зрительные галлюцинации.

При психогенном ступоре больной обнаруживает характерные признаки ступора. Он неподвижен и мутичен, не реагирует на раздражители, но осознает окружающее. Прежде чем поставить диагноз психогенного ступора, необходимо исключить другие возможные причины, а именно шизофрению, депрессивное расстройство и манию, а также органическое заболевание мозга.

При множественной личности наблюдаются внезапные смены двух моделей поведения, каждая из которых забывается больным, когда присутствует другая. Каждая «личность» представляет собой сложную и интегрированную структуруэмоциональных реакций, установок, воспоминаний и социального поведения, и новая личность обычно поразительно контрастирует с нормальным состоянием больного. Такие состояния иногда возникают в ходе магических или религиозных ритуалов; они скорее обусловлены бессознательными механизмами, чем вызываются сознательно. Когда подобные состояния возникают при шизофрении и височной эпилепсии, их относят к этому первичному диагнозу, а не к психогенному расстройству.

**2 Расстройства настроения**

***Физиологические и биохимические аспекты эмоционального реагирования.***

Эмоции – это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к самому себе и к действительности. Они имеют ряд свойств: качество, содержание, направленность, длительность, выраженность и т.д. Основные качества эмоциональных состояний выступают необходимыми признаками субъективного отношения к объекту. К ним относят положительное, отрицательное, двойственное и неопределенное отношение. В зависимости от непосредственной формы переживаний выделяют: чувственный тон, настроение, чувство, страсть, аффект, и эмоционально-стрессовые состояния.

Чувственный тон – относительно постоянный, общий недифференцированный фон на котором протекают все психические процессы. Он отражает степень и качество отношения человека к объекту в целом. Чувственный тон обеспечивает полноту, яркость непосредственного восприятия окружающей действительности.

Настроение – длительное, относительно уравновешенное и устойчивое общее эмоциональное состояние человека. Настроение определяет общий соматический тонус и общее состояние внешней среды.

Чувство – эмоциональное отношение, отличающееся относительно четкой ограниченностью во времени, интенсивностью переживаний и которая содержит субъективную оценку человеком определенного объекта.

Страсть – длительное, значительно выраженное и напряженное эмоциональное отношение, направленное на объект или деятельность.

Аффект – кратковременная, большой силы эмоциональная реакция, быстро овладевающая человеком, которая протекает с бурными пантомимическими и вегетативными реакциями, сопровождается потерю контроля над своим поведением при формально сохраненном ясном сознании.

Эмоционально-стрессовое состояние – эмоциональная реакция, которая отражает отношение человека к действительности в ситуациях, вызывающих эмоциональное напряжение. Это проявляется в определенном поведении.

Патологическое изменение чувств выражается в усилении, ослаблении или извращении.

***Стенические и астенические эмоции, их роль в поведении человека при психопатологических нарушениях.***

Патологическое усиление эмоций – гипертимия.

Эйфория – повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью безмятежным блаженством, все события окрашены только в светлые тона, жизнь кажется безоблачной и прекрасной – и это часто сопровождается объективно тяжелым состоянием больного.

Благодушие – эмоциональное состояние с оттенком довольства без стремление к деятельности.

Экстаз – эмоциональное состояние с наивысшей приподнятостью, экзальтацией, часто религиозным мистическим оттенком переживаний.

Гневливость – высшая степень раздражительности, злобности, недовольства окружающими со склонностью к агрессии и разрушительным действиям.

Патологическое ослабление эмоций – гипотимия**:**

Тоска – эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением практически всех психических процессов. Тоска сопровождается характерными тягостными ощущениями мучительного сжатия, стеснения за грудиной, в области сердца.

Тревога – эмоциональное состояние или реакция, характеризующаяся внутренним волнением, беспокойством, стеснением, локализованным в груди. Сопровождается ощущением надвигающейся беды, пессимистическими опасениями, боязливым ожиданием будущего. В отличие от тоски тревога сопровождается активирующим аффектом.

Растерянность – изменчивое лабильное настроение с переживаниями недоумения и беспомощности.

Страх – эмоциональное состояние или реакция, содержанием которых являются опасения о своем благополучии или жизни

К извращению эмоций относят паратимии, при которой в ответ на положительное воздействие возникает отрицательная реакция и наоборот.

Виды паратимий:

Амбивалентность – одновременное сосуществование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же объекта, факта, события.

Эмоциональная неадекватность – качественное несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу. Одним из вариантов эмоциональной неадекватности является фамильная ненависть.

**3 Общая характеристика синдрома депрессии**

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью.

Выраженность данных нарушений различна. Гипотимия колеблется от легкой подавленности, до глубокой тоски, при которой больные «понимают» всю бесперспективность, никчемность своего существования, испытывают тяжесть в груди, боли «предсердечную тоску».

Замедление мышления проявляется обеднением – мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Приятные события не отвлекают. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между ответами на вопрос очень длительные паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движения и речи, речь тихая медленная, мимика скорбная, движения замедленны, однообразны, больные могут подолгу сидеть в одной позе, в ряде случаев это состояние может доходить депрессивного ступора. Депрессивный ступор носит защитную роль - это позволяет избежать суицида т.к. на это нет сил. При депрессиях могут наблюдаться суточные колебания, особенно это, часто встречается при эндогенных депрессиях. Утром больные испытывают состояние безысходности, глубокую тоску, отчаяние. Именно в эти часы такие больные наиболее опасны для себя. Вместо переживания тоски может возникнуть состояние «эмоционального бесчувствия». Больные говорят, что утратили все чувства: «Приходят ко мне дети, а я к ним ни чего не чувствую». Такое состояние называется психическим бесчувствием.

Как правило, депрессия сопровождается вегето-соматическими нарушениями: тахикардией, болями в области сердца, колебаниями АД нарушениями со стороны ЖКТ. Иногда соматические расстройства могут быть настолько выражены, что маскируют аффективные расстройства.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют тоскливую, тревожную, апатическую, ажиатированную и лавированную депрессию.

**3 Нарушения психической деятельности при маниакальных состояниях**

Для маниакального синдрома характерна маниакальная триада: гипертимия, - приподнятое, радостное настроение, ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Выраженность этих расстройств различна: ускорение ассоциаций может колебаться от незначительного облегчения ассоциативной деятельности до «скачки идей»; повышение активности может достигать беспорядочного возбуждения (спутанная мания). Настроение бывает не только радостным и веселым, но и в некоторых случаях преобладает гневливый аффект. Для маниакального больного характерна повышенная отвлекаемость, в связи, с чем больные не могут довести начатое дело до конца. В беседе с врачом такой больной повышенно многоречив и охотно беседует с врачом, но из-за повышенной отвлекаемости, такая беседа непродуктивна и малоинформативна.

Больные с маниакальным синдромом мало предъявляют жалоб соматических, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. При этом они склонны переоценивать свои возможности: так женщинам преклонного возраста кажется, что в них влюблены все врачи. Больные стремятся украшать свою одежду, пользуются очень яркой косметикой, могут сочинять музыку, писать стихи, петь, рисовать.

У больных наблюдается речевое возбуждение. Они говорят очень быстро и очень громко. При повышенном речевом возбуждении голос становится охрипшим. Иногда из-за повышенной отвлекаемости больные не в состоянии до конца высказать мысль или слово. При этом сам человек говорит о том, что язык не успевает за мыслью.

Больные очень часто убеждены, что их ждут великие открытия, они могут решать ведущую роль в решении социальных проблем. Такая переоценка может достигать экспансивного бреда. При биполярном расстройстве в маниакальной фазе нет истинных бредовых идей величия, они не стойкие.

Выделяют веселую манию – при биполярном расстройстве личности.

Непродуктивная мания – наиболее часто встречается при биполярном расстройстве личности. При этом нет стремления к деятельности, хотя больной активен и с повышенным настроением.

Мания с дурашливостью сопровождается манерностью, детскостью, склонностью к нелепым шуткам.

**Маниакально-депрессивный психоз** – это заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз, разделенных **интермиссиями**, то есть состояниями с полным исчезновением психических расстройств. Заболевание не приводит к изменениям личности и дефектам в интеллектуальной и эмоционально-волевой сфере, несмотря на многократные рецидивы.

Больные МДП составляют 3-5% всех госпитализируемых в психиатрические клиники. Женщины заболевают примерно в 2 раза чаще, чем мужчины. В стационар попадают больные только с выраженными формами (**циклофрения**). Возможны мягкие, ослабленные формы МДП (**циклотимия**).

За последние десять лет отмечается значительный рост стертых, латентных, ларбированных депрессий, где на первое место выступают соматические жалобы, утомляемость, болевые синдромы, бессонница ночью, сонливость днем (соматизированная депрессия). У подростков значительно чаще классических вариантов наблюдаются депрессии в форме психопатических эквивалентов с асоциальным поведением. В подобных случаях психологическое исследование может оказаться единственным методом, выявляющим депрессию.

Характеристика проявлений МДП

Заболевание протекает в форме отдельно возникающих или сдвоенных фаз – **маниакальной** и **депрессивной**. Депрессивные фазы встречаются в несколько раз чаще. Выраженность расстройств колеблется от гипомании и циклотимической депрессии до тяжелых и сложных маниакальных и депрессивных синдромов. Продолжительность отдельных фаз колеблется от нескольких дней и недель до нескольких лет. В среднем фазы длятся от 2-3 до 5-6 месяцев, нередко в течение жизни возникает от 1 до 3 манифестных фазы. Болезнь может начинаться как независимо, так и в связи с экзогенией, психогенией, родами, чаще начинается в одно и то же время года (весной, осенью).

**Депрессивная фаза** характеризуется следующими симптомами:

1. подавленным настроением (депрессивный аффект);
2. заторможенностью мыслительных процессов (интеллекту-альное торможение);
3. психомоторным и речевым торможением.

Для **маниакальной фазы**, в свою очередь, характерны следующие симптомы:

1. повышенное настроение (маниакальный аффект);
2. ускоренное протекание мыслительных процессов (интеллектуальное возбуждение);
3. психомоторное и речевое возбуждение.

Специфика течения болезни у детей, подростков и юношей

Проявления МДП возможны как в детском, так в подростковом и юношеском возрасте. Для каждого возраста характерны свои особенности.

**Детский возраст**. До 10 лет при депрессивных состояниях наблюдаются вялость, медлительность, малоразговорчивость. Дети не радуются игрушкам, книгам. Они пассивны, растерянны, выглядят усталыми и нездоровыми. Жалуются на слабость, боли в животе, голове, ногах. У них снижается успеваемость, затрудняется общение, нарушается аппетит и сон.

При маниакальных состояниях наблюдается легкость в появлении веселости и смеха, дерзость в общении, повышенная инициативность, отсутствие признаков усталости. Оживление детей доходит до неистовства, подвижность трудноуправляема.

**Подростковый и юношеский возраст**. Депрессивное состояние проявляется в заторможенности моторики и речи, снижении инициативы, в пассивности, утрате живости реакций, чувстве тоски, скуки, апатии, тревоги. Имеет место умственное притупление, забывчивость, склонность к самокопанию, заостренная чувствительность к отношению со стороны ровесников, угрюмо-дисфорические реакции; возможны суицидные мысли, попытки.

Симптомы маниакального состояния: расторможенность, развязанность, дурашливость, нереалистичность стремлений и действий. В поисках развлечений подростки допускают разные выходки, доходящие до дебоша. Ночами часто не спят, пишут стихи, тексты пьес и романов, которые не заканчивают, переходят к новому увлечению. При этом не отмечается связи их деятельности с реальными событиями в их жизни.

Патопсихологическое исследование для больных с МДП большей частью проводится для выявления глубины депрессии. Для этого используются личностные опросники, например ММРI, тест Кетелла, шкалы Спилбергера, Тейлора, цветовой тест Люшера и др. Исследуют при МДП и динамику мышления. Для этого используют описанные выше тесты. В депрессивной фазе можно выявить выраженную замедленность темпа психической деятельности. В маниакальной фазе отмечается нецеленаправленность мышления, соскальзывание на путь случайных ассоциаций, “скачка идей”.

Возможно использование проективных методик: пиктограммы, несуществующее животное и др. В случае затруднения в диагностике МДП и шизофрении необходимы исследования мышления. Отсутствие нарушения мышления по шизофреническому типу при наличии глубокой депрессии, замедленного темпа будет свидетельствовать о МДП.

**Тема № 5: Патопсихологическая характеристика расстройств личности и шизофрении**

1. Современные подходы к определению и классификации расстройств личности.
2. Виды личностных расстройств.
3. Структура и разновидности шизофренического синдрома.

**1 Современные подходы к определению и классификации расстройств личности**

**Расстройства личности (РЛ)** – длительные (часто всю жизнь) стойкие нарушения характера, поведения, проявляющиеся во всех сферах жизни человека.

В настоящее время вместо термина "психопатии" предпочтительнее использовать термин "расстройство личности". Смена терминологии связана с тем, что понятие "психопатии" имеет характер унизительного "ярлыка", связанного с "моральным" дефектом личности. Чаще всего слово "психопат" в обыденной речи используется для подчеркивания асоциальности субъекта. А также оно не совсем точно отражает сущность имеющихся нарушений, которая заключается не в расстройстве той или иной психической функции, а в изменении характера социального взаимодействия личности.

Личностные расстройства отличаются от других изменений личности, возникающих в результате нарушения психических функций. Они представляют собой онтогенетические (т. е. возникающие в процессе развития организма человека) состояния (черты) личности, формирующиеся в подростковом возрасте под влиянием социальных условий развития и сохраняющиеся в периоде взрослости. В качестве самостоятельной группы [психологических](http://bookap.info/#psihologiya) нарушений личностные расстройства не вызваны другими психическими расстройствами или заболеваниями мозга, хотя могут предшествовать им или сосуществовать с ними. Другие изменения личности, в отличие от личностных расстройств, возникают вслед за тяжелым органическим заболеванием, либо в результате переживания экстремальных ситуаций, либо вследствие травм мозга, безотносительно к тому, в каких условиях происходило развитие личности до заболевания.

В современной клинической психологии выделяют три группы факторов, способствующих развитию патохарактерологических особенностей: - *генетические*; - *органические*; - *социальные*.

***Генетические факторы*** определяют особенности функционирования аффективной сферы личности, которые под влиянием психосоциальных факторов в процессе развития становятся более определенными и стойкими. При нарушениях личности как раз отмечается усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. От этой системы зависят интенсивность и направленность бессознательной оценки разнообразных воздействий окружающей среды. Неравномерное развитие уровней базальной системы определяет дезадаптивный характер взаимодействия психики и среды.

На генетическом уровне также закладываются динамические характеристики высшей нервной деятельности: сила/слабость, подвижность/ригидность, темп психических процессов, что влияет на степень ригидности возникновения однотипных поведенческих реакций в различных социальных условиях.

***Органические поражения мозга***, возникающие в перинатальный период жизни ребенка, при травмах черепа или нейротоксических инфекциях также принимают участие в формировании расстройств личности. Учеными обнаружены изменения функционирования катехоламиновых систем, изменения биохимической активности мозга, латерализации, плотности мозговой ткани у людей с расстройствами личности.

В развитии личностных расстройств факторы генетической предрасположенности и органического поражения мозга взаимодействуют с факторами ***психосоциального развития личности***- неблагоприятными семейными условиями, жестоким обращением и насилием в детстве, неправильным воспитанием. Именно с решающим действием факторов психосоциального развития связано формирование личностных расстройств при определенных генетических и органических предрасположениях.  
Генерализация поведенческих реакций зависит от типа воспитания. Именно воспитание делает реакции патохарактерологическими. Типы неправильного воспитания, способствующие формированию расстройств личности: гипопротекция, потворствующая гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, воспитание в культе болезни, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность, противоречивое воспитание, воспитание вне семьи.

Критерии превращения поведенческих реакций в патохарактерологические:

1) *тотальность* (занимают доминирующую позицию в иерархии мотивов и проявляются во всех ситуациях);

2) *относительная стабильность проявления во времени*;

3) *социальная дезадаптация*.

Отсутствие хотя бы одного критерия в поведенческих проявлениях личности дает основание говорить о нормальном, но акцентуированном характере. Акцентуации проявляются лишь в сложных жизненных ситуациях, тогда как расстройства личности - даже в обычных условиях жизни. Нарушения адаптации при акцентуациях возникают только тогда, когда психотравмирующие обстоятельства жизни прицельно попадают в "слабое звено" системы взаимодействия личности со средой (у каждой акцентуации своя избирательная уязвимость). При расстройствах личности дезадаптация возникает от всевозможных поводов.

Личностные расстройства выступают предрасполагающим фактором, способствующим появлению пограничных психических расстройств, и оказывают влияние на их терапию (коррекцию).

***Классификация личностных расстройств.***

В отечественной клинической психологии по-прежнему доминирует классификация, предложенная еще П. Б. Ганнушкиным в 1933 г. и развитая А. Е. Личко в 1977. В классификации А. Е. Личко базовыми критериями являются *типы поведенческих реакций* (их выраженность и сочетание). Однако с 1994 г. отечественная [клиническая психология](http://bookap.info/klinika/klinika.shtm) официально перешла на более удобную международную классификацию, в которой в качестве критерия выступает сфера *проявления психических нарушений*: когнитивная, эмоциональная или волевая. В соответствии с ней, в современной клинической психологии выделяют три вида расстройств личности:

- *с преобладанием нарушений мышления (шизоидные, шизотипические и параноидные личности)* - ***эксцентричные***;

- *с преобладанием эмоциональных нарушений (диссоциальные/антисоциальные, эмоционально неустойчивые - импульсивный и пограничный тип, а также истерические личности)* - ***демонстративные***;

- *с преобладанием волевых нарушений (ананкастные, уклоняющиеся и избегающие, зависимые личности)* - ***тревожно-астенические***.

Кроме указанных расстройств возможны так называемые смешанные ("амальгамные") расстройства.

1. **Виды личностных расстройств**

**1. Эксцентричные расстройства личности (с преобладанием нарушений мышления).**

***Шизоидные личности****.* Впервые возникающие в подростковом возрасте модели поведения, которые проявляются в виде обособления от социальных контактов и ограничения выражения эмоций в межличностных отношениях. Вопреки сходному звучанию слов, шизоидные расстройства личности имеют мало общего с шизофренией. Большинство людей с шизоидными чертами никогда не становятся психотичными (шизофрениками). Шизоиды - это амбивалентные конфликтные личности, у которых грубость и холодность сочетается со сверхчувствительностью. Этим людям свойственны эмоциональная холодность, неспособность проявлять нежные чувства, а также гнев по отношению к другим людям. Однако они очень ранимы к повседневным жизненным трудностям. Внешне "толстокожие", шизоидные личности имеют эмоционально богатый внутренний мир. Просто они испытывают выраженное нежелание иметь близкие отношения с окружающими, не испытывают радости от таких отношений. Это распространяется даже на отношения с членами семьи. Именно повышенная чувствительность и ранимость приводит их к защитной аутистической реакции, замыкании в своем внутреннем мире и к сложным вспышкам ярости при нарушении их увеличенного личностного пространства. Общение их утомляет, что заставляет их быть активно холодными и бесстрастными в отношениях, ограничивать свои интересы на ограниченном круге деятельности, которую они предпочитают выполнять индивидуально. Шизоидным личностям свойственны слабая ответная реакция и на похвалу, и на критику; незначительный интерес к сексуальным контактам (в зависимости от возраста), повышенная озабоченность фантазиями и самокопанием. У них мало близких друзей или приятелей, и они не стремятся к развитию общения с другими, страдая от изолированности, робкости и склонности скрывать интимные стороны своего "Я". В межличностных отношениях шизоидные личности склонны к внезапным разрывам контактов. Часто они впадают в морализаторство или фанатическую религиозность.

Шизоидное расстройство личности, по-видимому, берет начало в эмоционально и когнитивно неудовлетворительных детско-родительских отношениях в младенчестве. Эмоциональная неудовлетворенность заключается в недостаточности позитивных эмоциональных подкреплений поведения ребенка со стороны матери. Когнитивная неудовлетворенность заключается в рассогласовании когнитивного и эмоционального аспектов общения матери с ребенком, т. е. в неадекватной передаче вербальной и невербальной информации об отношении матери к ребенку.

***Шизотипические расстройства личности****.* Впервые возникающие в подростковом возрасте нарушения социального и межличностного взаимодействия, которые характеризуются дискомфортом, связанным с недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими, когнитивными нарушениями (аномальное мышление), искажением восприятия и эксцентричностью поведения или внешнего вида. Главным признаком выступает чудаковатое поведение, которое сопровождается неадекватными или сдержанными аффектами (выглядят эмоционально холодными и отрешенными). Они плохо контактируют с другими, стремясь к социальной отгороженности. Склонны к магическому мышлению, подозрительности. Иногда возникают навязчивые размышления и нарушения восприятия (иллюзии, галлюцинации). Аномалии мышления проявляются в аморфности, обстоятельности, избыточной метафоричности и детализации, вычурности речи. Однако разорванности мышления нет. Иногда вычурное поведение может сопровождаться стойкими обсессивно-фобическими или истерическими реакциями, поведенческими штампами и инертностью.

Выделение шизотипических личностей в классе расстройств личности является спорным. В клинической психологии и психиатрии существует длительная традиция рассматривать это нарушение вслед за немецким психиатром Э. Блейлером не как личностное, а как вялотекущую шизофрению. Отказ от рассмотрения шизотипического расстройства в качестве шизофрении связан со стремлением снизить жесткий нормативизм традиционной клинической психологии, склонной рассматривать любое бросающееся в глаза отклонение от социальных норм в терминах тяжелого психического заболевания. Главным отличием шизотипического расстройства личности от шизофрении следует считать сохранение у этих людей чувства реальности.

***Параноидные расстройства личности****.* Впервые возникающие в подростковом возрасте недоверие и подозрительность в отношении окружающих, которые сопровождаются интерпретацией действий последних как злонамеренных и направленных против этого человека. Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; тенденция быть постоянно недовольным кем-то, отказ прощать, отношение свысока; подозрительность, тенденция искажать реальные действия других людей, интерпретируя их только как враждебные или презрительные. Параноидная личность озабочена сомнениями в лояльности и надежности друзей и коллег, считает, что другие угрожают ее репутации или будут использовать информацию против нее, сомневается в верности своего сексуального партнера. Она лишена чувства юмора и эмоционально ригидна. Затруднительные ситуации легко приводят к умышленной враждебности и агрессивности по отношению к партнерам. Имеет воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами человека (без учета фактической ситуации); тенденцию к переживанию своей повышенной значимости (все относит на свой счет); поиск тайного смысла в происходящем.

Развитие параноидного расстройства личности, по-видимому, связано с жестоким обращением в детстве, слишком жесткими наказаниями и авторитарным стилем воспитания.

**2. Демонстративные расстройства личности (с преобладанием нарушений в эмоциональной сфере).**

***Диссоциальные расстройства личности****.* Впервые возникают в возрасте до 15 лет как грубое несоответствие поведения доминирующим социальным нормам, игнорирование и нарушение прав окружающих. Уже в детстве у потенциально диссоциальной личности часты побеги из дома, кражи, прогулы уроков. К 15 годам отмечается употребление психоактивных веществ и желание прекратить учебу. Кульминация расстройства наступает в возрасте поздней юности. В целом диссоциальное расстройство проявляется в бессердечном отношении к чувствам других; безответственности, пренебрежении правилами и обязанностями; неспособности поддерживать взаимоотношения при отсутствии трудностей в установлении контактов. Диссоциальная личность имеет низкую устойчивость к фрустрациям и низкий порог разрядки агрессии. Она неспособна испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта (особенно - из наказания); имеет выраженную склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему антиобщественному поведению. Диссоциальная личность склонна ко лжи, которая проявляется в частых и повторных обманах окружающих, стремлении получить из лжи личную выгоду или удовольствие. У таких людей нередко встречается безрассудное игнорирование личной безопасности и безопасности других людей, что повышает риск травматизации и насильственной смерти, а также развития делинквентного (противоправного) поведения.

Диссоциальные личности эмоционально неразвиты: у них не хватает готовности к сопереживанию и сочувствию, состраданию и благодарности. Из-за этого они склонны к садизму и насилию (не всегда, однако, достигающих криминального уровня).

Развитие диссоциального расстройства личности связано с ранней потерей родителей, недостатком заботы и внимания матери, антиобщественным поведением отца, непоследовательными (противоречивыми) отношениями между родителями, недостаточными эмоциональными связями между родителями и ребенком.

***Эмоционально неустойчивые расстройства личности*** заключаются в ярко выраженной тенденции действовать импульсивно, без учета последствий. Характерной чертой является неустойчивость настроения (легкость возникновения гнева) и повышенная возбудимость, что легко провоцирует у таких людей поведенческие взрывы и агрессию в тех случаях, когда окружающие выказывают свое неодобрение чрезмерной спонтанностью поведения эмоционально неустойчивых лиц или противодействуют им. Последствия своего поведения такие личности обычно не могут предвидеть, поэтому действуют импульсивно в соответствии только с изменчивым настроением без учета ситуации социального взаимодействия. Выделяют две разновидности эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивная и пограничная личность), которые объединяет общая основа: импульсивность и отсутствие самоконтроля.

*Импульсивный тип* эмоционально неустойчивого расстройства личности проявляется в слабости контроля над поведением, вспышках агрессии и неоправданной жестокости в ответ на осуждение окружающими. Этот тип также называется "возбудимым (агрессивным, эксплозивным)". Возбудимые люди склонны к аффективным взрывам, сила которых не соответствует вызвавшему реакцию поводу. Аффект не сдерживается или сдерживается слабо, поэтому он быстро воплощается в наступательное агрессивное поведение, имеющее цель аффективной разрядки, после которой наступают сожаление и раскаяние. Между этими аффективными импульсами никаких других нарушений личностного функционирования не отмечается. Нередко провоцирующим фактором возбуждения для таких людей является алкоголь.

Развитие импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности происходит на фоне незначительных органических повреждений мозга в раннем детстве, благодаря которым формируется повышенная готовность к аффективным приступам при неразвитости тормозных процессов. Вместе с тем эта органическая особенность актуализируется при наличии в психике неосознаваемых побудительных импульсов - вытесненных агрессивных устремлений.

*Пограничный тип* эмоционально-неустойчивого расстройства личности наряду с эмоциональной неустойчивостью включает тотальные искажения образа "Я" (личностная неопределенность, нестабильность самооценки и неуверенность в своих желаниях, предпочтениях, ценностях и т. п.). Содержание и направленность намерений и предпочтений (в том числе - сексуальных) пограничной личности неопределенны и часто непонятны окружающим людям и кажутся им странными. Поэтому межличностные отношения людей с пограничными расстройствами нестабильные и напряженные: они все время колеблются между идеализацией и обесцениванием своих партнеров и не могут понять, какие же чувства они на самом деле испытывают к ним. Нередко все люди разделяются ими на тех, кому человек с пограничным расстройством личности нравится, и тех, кто его ненавидит. Тем, кто, как кажется пограничной личности, позитивно относится к нему, пограничная личность приписывает разнообразные идеальные качества и стремится к разнообразному общению с ними. Человек как бы балансирует на грани сохранения адекватности реальным ситуациям взаимодействия. Ему кажется, что близкие люди могут скоро разорвать с ним всякие отношения, что приводит к неистовым попыткам избежать этого "неизбежного конца" (мнимого или реального). Неустойчивость межличностных отношений приводит к эмоциональным кризисам, выраженным колебаниям настроения (например, человек эпизодически впадает в глубокое уныние, озлобленность, гневливость или начинает испытывать сильную тревогу о своем будущем), постоянному ощущению опустошенности жизни. Эмоциональная нестабильность может проявляться в импульсивных потенциально саморазрушительных действиях (в том числе - постоянное желание участия в драках, угрозы покончить с собой), навязчивых желаниях и зависимостях (например, бездумная трата денег, бесконечная и бесцельная смена сексуальных партнеров, пренебрежение правилами, переедание, злоупотребление психоактивными веществами и т. д.).

Развитие пограничного расстройства личности связано с органическими нарушениями, обусловленными повреждением головного мозга в перинатальном периоде, травмами или заболеваниями головного мозга, вызывающими нарушения в деятельности лобных долей. Эти органические поражения актуализируются в условиях отсутствия родительской заботы в детстве, сложных семейных отношений, а также под действием ситуаций физического или сексуального насилия (особенно в детстве).

***Истерические расстройства личности****.* Впервые возникают в подростковом возрасте в виде чрезмерной эмоциональности и стремления привлекать к себе внимание. При истерическом расстройстве личность вместо истинных переживаний стремится демонстрировать "художественно более выраженные", театральные эмоции. Она склонна к самодраматизации и драматизации происходящего. Истерическая личность ощущает сильный эмоциональный дискомфорт в ситуациях, когда на нее не обращают внимания. Ее отношения с окружающими часто полны неуместных проявлений сексуальности (во внешности или в поведении). Такой человек чрезмерно озабочен своей физической привлекательностью, склонен трактовать возникающие отношения как более интимные, чем это есть на самом деле. Речь истерической личности чрезвычайно выразительна, но неточна. Такой человек обладает повышенной внушаемостью и подвержен влиянию окружающих. Эмоции лабильны и поверхностны, а сама личность стремится к постоянному эмоциональному возбуждению, у нее имеется своеобразная жажда переживаний и жажда контактов, могущих их дать. Поэтому истерические личности легко и быстро завязывают поверхностные знакомства, склонны приспосабливаться к мнению окружающих и манипулировать ими в своих целях. Из-за выраженной манипулятивности общения и недоверчивости им сложно устанавливать глубокие и прочные связи. При этом потребность в контактах чрезвычайная. Истерическая личность никогда не отступает, пока не добьется внимания к себе. Она склонна навязываться, бороться за дружбу, даже если дружеские отношения и не устанавливаются или не удовлетворяют ее. Выраженное стремление к установлению контактов и слабая коммуникативная способность связаны с повышенной обидчивостью и дают повод к развитию конфликтных межличностных отношений.

Истерической личности сложно установить счастливые семейные отношения, потому что она стремится к полному подчинению партнера. Вместе с тем истерические расстройства способствуют ранним и поспешным бракам, которые оказываются недолговечными. Впрочем, повторные браки по характеру отношений не отличаются от первого.

Следует различать истерическое расстройство личности от истерических конверсионных реакций, в которых преобладают соматические, а не эмоциональные нарушения. Конверсионные истерические реакции могут встречаться у любого человека, не обладающего истерическим расстройством.

Основа для развития истерического расстройства закладывается в возрасте приблизительно между четырьмя и шестью годами, когда ребенок сталкивается с несовпадением желаний и возможностей. Провоцирующим фактором развития истерического расстройства личности становится воспитание ребенка по типу "кумир семьи" или потворствующая гиперопека, когда родители балуют ребенка, оставляют его наедине со стойкими желаниями, направленными только на свои собственные потребности без учета реальных возможностей. С возрастом истерические формы поведения ослабевают, уступая место ипохондрическим страхам и депрессиям.

**3. Тревожно-астенические расстройства личности (с преобладанием нарушений волевой сферы).**

***Ананкастные расстройства личности****.* Возникающая в подростковом возрасте чрезмерная озабоченность порядком, стремление к совершенству, организованности и контролю (озабоченность обязательным соблюдением правил, порядка, графика). У ананкастной личности имеется склонность к формированию навязчивого желания проявлять сверхточность и перфекционизм, быть чрезмерно добросовестным в ущерб межличностным связям и отношениям. Человек настолько оказывается связанным работой, что исключает возможность отдыха и дружеского общения (даже если его финансовое положение позволяет отдыхать). Стремление к перфекционизму мешает таким людям успешно завершать поставленные задачи: они никак не могут остановиться, считая, что сделали еще не все возможное, чтобы задача была решена как можно лучше, все время сомневаются в правильности и совершенстве уже принятого решения. Со склонностью к перфекционизму у них связана повышенная педантичность и приверженность социальным нормам, упрямство и негибкость мышления (один раз установленное правило они меняют с большим трудом). К другим людям они проявляют настойчивые требования, чтобы и они все делали точно так же, как и ананкасты, не желая предоставлять им свободу действий в выполнении заданий.

При ананкастном расстройстве личности человеку очень сложно избавляться от совершенно ненужных вещей, даже если они не связаны с приятными воспоминаниями. Они сохраняют их просто потому, что опасаются нарушения установленного порядка. Такое же отношение человек проявляет и к деньгам (примером ананкастной личности может быть такой литературный пример - скупой рыцарь, чахнущий над сундуком с золотом).

Нередко людей с ананкастным расстройством очень ценят за надежность, однако сами они являются рабами своей чрезмерной совестливости, скорее вступая в психологический конфликт с собой, чем с окружающими. Характеристика ананкастной личности напоминает описанный З. Фрейдом анальный характер.

На самом деле организованность, порядок и правила призваны освободить деятельность человека от решения банальных вопросов повседневной жизни, высвобождая время для решения серьезных проблем. Однако чем меньше уверена в себе и менее решительна личность, тем больше она нуждается в таком признаке, как заорганизованность жизнедеятельности: чем меньше человек, по своим представлениям о себе, может достичь в жизни, тем больше он стремится к упорядочению широкого круга процессов, в которые он может быть вовлечен, и хочет поддерживать (никогда не меняя) установившийся порядок.

Провоцирующим фактором здесь выступает такой стиль детско-родительских отношений, при которых к ребенку предъявляются завышенные требования и применяются жесткие санкции за несоблюдение установленных правил.

***Расстройство уклоняющейся и избегающей личности****.* Впервые проявляется в подростковом возрасте в стремлении ограничить социальные контакты из-за ощущения собственной неполноценности и сверхчувствительности к отрицательным оценкам и критике со стороны окружающих. Такая личность испытывает постоянное общее чувство напряженности, тяжелые предчувствия, вызванные представлениями о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности, приниженность по отношению к другим. При расстройстве уклоняющейся и избегающей личности человек не желает вступать ни в какие взаимоотношения без гарантий понравиться из-за страха перед упреками или насмешками со стороны партнеров. Гипертрофированное чувство собственной неполноценности заставляет уклоняющуюся личность подавлять возникающие в межличностных отношениях эмоции, особенно при общении с малознакомыми людьми. Страх критики и отвержения заставляет ее уклоняться от социальной или профессиональной деятельности, связанной с межличностными контактами и общением. Опасение оказаться в затруднительном положении заставляет уклоняющуюся личность отказываться от интересных предложений о новом виде деятельности, особенно связанном с ответственностью. Все это приводит к формированию ограниченного жизненного уклада.

Уклоняющиеся личности не проявляют настойчивости, скрывают свою злость, которую носят в себе долго и тяжело. Отрицательные переживания не вытесняются, а сохраняются, не проявляясь вовне. Поэтому они склонны к застреванию на аффекте. При значительном застое аффекта у них случаются внезапные и сильные взрывы поведения.

Уклоняющиеся личности в общем коммуникабельны, но пассивны в общении. Очень долго выбирают себе партнеров. Профессию они часто выбирают по принципу компенсации чувства неполноценности. Литературным примером уклоняющейся личности может служить "гадкий утенок".

Провоцирующим фактором развития такого расстройства является воспитание в неполной семье, когда одинокая мать пытается вопреки реальности идеализировать отца в глазах ребенка или заменить отца (ребенок в этом случае выполняет символическую роль супруга). Одинокая мать старается привязать к себе ребенка, чрезмерно оберегает его и максимально разгружает от повседневных забот, ожидая от ребенка ответного идеального поведения, добросовестности, честолюбия и успехов, не обращая внимания на внутренние потребности самого ребенка. Если же ребенок начинает проявлять себя, то такое поведение встречает резкое осуждение со стороны родителей. При таком воспитании личность, с одной стороны, становится впечатлительной, мягкой и ранимой, а с другой - тщеславной. Это и определяет ее зависимость от внешних оценок.

***Расстройство зависимой личности****.* Представляет собой впервые возникающую в подростковом возрасте глубокую и чрезмерную потребность в заботе со стороны окружающих, в результате которой возникает покорное и зависимое поведение, страх перед разлукой. Это расстройство характеризуется стремлением человека переложить на других людей большую часть важных решений в своей жизни. Такой личности трудно сделать выбор для решения даже повседневных вопросов без помощи, подбадривания или убеждения со стороны. Она боится самостоятельности и одиночества одновременно. Боязнь самостоятельности связана не с отсутствием мотивации или энергии действовать, а с тотальной неуверенностью в своих силах. С этой же неуверенностью связан и страх одиночества: человек боится, что не сможет позаботиться о самом себе и, будучи один, окажется беспомощным. Поэтому зависимая личность судорожно цепляется за людей, подчиняет свои потребности и желания потребностям и желаниям окружающим и не хочет предъявлять даже разумные требования людям, которые с ней общаются. Партнерские отношения зависимая личность рассматривает как источник абсолютной поддержки и заботы о себе. Поэтому она испытывает страх быть покинутой лицом, с которым имеется тесная межличностная связь, и в случае утраты близких отношений немедленно пытается найти нового близкого человека, на которого можно было бы переложить ответственность за свою жизнь.

Условия возникновения этого расстройства мало известны. Предрасполагающими факторами можно считать чрезмерную родительскую заботу или ее полное отсутствие (по причине физической утраты родителей или их невнимательного, безразличного отношения к своему ребенку), а также наличие в детстве тревожного расстройства, вызванного разлукой. Чрезмерная забота блокирует развитие инициативности и активности во взаимоотношениях с окружающими и формирует "выученную беспомощность". Отсутствие родительской заботы формирует тотальную неуверенность в себе и стремление во что бы то ни стало получить признание других людей, от которых можно получить необходимую помощь и поддержку.

**3 Структура и разновидности шизофренического синдрома**

Шизофренией обозначают группу сходных психических расстройств неясной этиологии, в развитии которых, вероятно, имеются общие эндогенные патогенетические механизмы, в виде наследственной аномалии, которые до определенного времени не проявляются. Без лечения характерно прогрессирующее или эпизодическое течение, обычно завершающееся стереотипной картиной изменения личности (дефекта) с дезорганизацией всех психических функций (мышления, эмоций, моторики) при сохранности приобретенных ранее знаний и памяти.

Данное психическое заболевание было выведено в качестве единого в конце 19 века известным психиатром Эмилем Крепеленым под названием «раннее слабоумие» т. е. развивающееся в юности или в ранние годы. Само название шизофрения было дано в 20-х годах швейцарским психиатром Эугеном Блейером, который расширил круг отнесенных к ней психической патологии и показал возможность благоприятного исхода даже без лечения.

Шизофрения является наиболее распространенным психическим заболеванием (по разным данным от 0,2 до 1%), поэтому знание и изучение имеет большое значение в профилактике, лечении реабилитации подобного рода больных.

***Клинические проявления шизофрении.***

Шизофрения – эндогенное хроническое психическое заболевание с неизвестной этиологией, в которой определенную роль играет наследственная предрасположенность; в основе патогенеза лежит функциональное расстройство ЦНС с нарушением соотношения процессов возбуждения и торможения, вследствие нарушений обмена нейромедиаторов. Начинается преимущественно в молодом возрасте, характеризуется многообразием клинической симптоматики, прогредиентностью течения и исходом в специфическое шизофреническое слабоумие.

Шизофренические расстройства в целом характеризуются фундаментальными и характерными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Как правило, сохраняется ясное сознание и интеллектуальные способности, хотя с течением времени могут появиться некоторые когнитивные нарушения. Расстройства, свойственные шизофрении, поражают фундаментальные функции, которые придают нормальному человеку чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности. Зачастую наиболее интимные мысли, чувства, действия как будто становятся известными другим или ими разделяются. В таких случаях может развиться разъяснительный бред, будто существуют естественные или сверхъестественные силы, которые воздействуют, часто причудливым образом, на мысли и действия человека. Такие люди могут рассматривать себя как центр всего того, что происходит. Нередки слуховые галлюцинации, комментирующие поведение или мысли человека. Восприятие также часто нарушается: цвета или звуки могут казаться необычно яркими или качественно измененными, а малозначащие черты обычных вещей могут казаться более значимыми, чем весь предмет в целом или общая ситуация. Растерянность также часто встречается на ранних стадиях заболевания и может привести к мысли, что повседневные ситуации обладают необычным, чаще зловещим, значением, которое предназначено исключительно для данного человека. Характерным нарушением мышления при шизофрении является то, что незначительные черты общей какой-либо концепции (которые подавлены при нормальной целенаправленной психической деятельности) становятся преобладающими и заменяют те, которые более адекватны для данной ситуации. Таким образом, мышление становится нечетким, прерывистым и неясным, а речь иногда непонятная. Прерывание мыслей и вмешивающиеся мысли также представляют собой частое явление, и у больных появляется ощущение отнятия мыслей. Характерно поверхностное настроение с капризностью и неадекватностью. Амбивалентность и волевые расстройства могут проявиться как инертность, негативизм или ступор. Возможны кататонические расстройства. Начало заболевания может быть острым с выраженными нарушениями поведения или постепенным, с нарастающим развитием странных идей и поведения. Течение заболевания также обнаруживает значительное многообразие и никоим образом не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект. В некоторых случаях, частота которых варьирует в разных культурах и популяциях, выздоровление может быть полным или почти полным. Мужчины и женщины заболевают примерно одинаково часто, но у женщин имеется тенденция к более позднему началу болезни.

Хотя четких патогномоничных симптомов нет, для практических целей целесообразно разделить вышеуказанные симптомы на группы, которые являются важными для диагностики и часто сочетаются, такие как:

а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость);

б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;

г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами);

д) постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются не стойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев;

е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи; или неологизмы;

ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;

з) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности;

должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией;

и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью,

самопоглощенностью и социальной аутизацией

***Основные формы шизофрении.***

**Параноидная шизофрения** наиболее часто наблюдается, если заболевание дебютирует после 20 лет.

Характерно наличие бреда и галлюцинации.

Наиболее часто встречается бред воздействия, бред преследования и отношения. Реже встречаются другие виды бреда – заражения, отравления, метаморфозы. Бред воздействия – больной утверждает, что им кто-то или что-то руководит, воздействует необычным способом, руководя его мыслями, чувствами, поведением, подвергая больного опасности. Как правило, эти воздействия не воспринимаются обычными органами чувств: невидимые лучи, неощутимые токи и волны, радиоактивность, ультразвук (бред физического воздействия) или гипноз, колдовство, парапсихологические внушения, влияние умерших лиц и т.д. (бред психического воздействия). Оценивая подобные высказывания как бредовые нужно проверить, не распространены ли они в субкультуре, к которой принадлежит больной. Бред преследования отличается заумностью (какие-то ни кому не известные организации, террористические группы хотят расправиться с больным). Как правило, конкретные лица не называются. Бред отношения проявляется особенно в людных местах (в вагонах поездов, на сборищах) или привычных компаниях. Кажется, что все смотрят на больного, переспрашивают о нем, посмеиваются над ним, на что-то намекают.

Другие виды бреда поражают своей нелепостью. Больные заявляют, что, дотрагиваясь до дверных ручек заразились сифилисом и т.д. (ипохондрический бред).

Галлюцинации чаще всего бывают вербальными. Особенно характерны голоса, которые отдают приказы больному (императивные), которые могут сделать больного опасным для себя и для окружающих. Нередко голоса комментируют поведение больного. Слышаться, так же оклики по имени. Обонятельные галлюцинации бывают гораздо реже, как правило, неприятные, отвратительные запахи спермы, крови, трупного газа и т.д. Они могут быть причиной отказа от пищи и считаются признаком неблагоприятного течения.

**Синдром Кандинского-Клерамбо** – сочетание психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и бреда воздействия. К психическим автоматизмам относят ощущения звучания собственных мыслей, при этом больным нередко кажется, что их слышат окружающие (симптом открытости мыслей), утраты произвольности мышления, («чужие», «сделанные», мысли вкладываются в голову или свои отнимаются), сделанность ощущений или движений (кажется, что, когда больной говорит, его языком и губами кто-то движет – речедвигательные галлюцинации). Псевдогаллюцинации отличаются от истинных тем, что слышаться внутри головы (в голове установлен радиоприемник, работает компьютер), реже какие-то фигуры видятся внутренним взором.

**Гебефреническая форма.**

Эта форма начинается в подростковом или юношеском возрасте. Больные ведут себя как плохие актеры, играющие расшумевшегося ребенка. Нелепая дурашливость, грубое кривлянье, утрированные гримасы, нелепый хохот делают поведение карикатурно детским. Веселье больных не заражает, а тяготит и пугает других («холодная эйфория»). Больные говорят неестественным патетическим голосом или сюсюкают, при этом часто цинично нецензурно бранятся, коверкают слова. Временами вспыхивает двигательное возбуждение: бегают, кувыркаются, валяются по полу, могут жестоко избивать и тут же целовать. Склонны беззастенчиво обнажаться при посторонних, на глазах у всех онанируют. Часто бывают, нечистоплотны и неопрятны. Могут нарочно мочиться и испражняться в постель или одежду. Прожорливость может чередоваться с расшвыриванием пищи.

Заболевание отличается злокачественным течением. В течение 1—2 лет развивается, а иногда и нескольких месяцев развивается дефект с резко выраженными основными симптомами.

**Кататоническая форма.**

В прошлом часто встречалась, особенно в молодом возрасте. Выраженные случаи состоят из чередования возбуждения и ступора.

Развитие кататонического возбуждения происходит по следующим стадиям:

1. Растерянно-патетическое возбуждение, характеризующееся экзальтацией, вычурным пафосом, многоречивостью, перескакиванием с одной темы на другую, суетливостью, непонятностью речи.
2. Гебефреническое возбуждение – бессмысленное кривляние, гримасничанье, склонность к нелепым поступкам, немотивированному смеху. Мышление неследовательное, разорванное.
3. Импульсивное возбуждение – больные совершают необдуманные поступки: внезапно прыгают, кричат, бранятся, разбрасывают и разрушают все вокруг. Появляются эхолалии (повторение слов окружающих), эхопраксии (повторение одной мысли), вербигирации.
4. Немое возбуждение – утрата речевого контакта с интенсивным двигательным возбуждением.

Кататонический ступор может следовать за возбуждением или без него. Субступорозное состояние характеризуется отрывочной речью, заторможенностью. При ступоре с мутизмом наблюдается полная утрата речевого контакта. Выделяют ступор с восковой гибкостью – длительное сохранение приданной позы с малоподвижностью и повышением мышечного тонуса. Характерен симптом Павлова – реагирует на слабый раздражитель, оставаясь безучастным к сильному. Ступор с мышечным оцепенением проявляется в застывании в эмбриональной позе. Часто ступор сопровождается негативизмом (м. б. пассивным и активным). Кататонический ступор может протекать с ясным сознанием (люцидное окно), когда все понимается и осознается; а также с нарушенным сознанием (онейроид), когда все воспринимается как сноподобное и фантастическое.

**Простая шизофрения**

Нечастое расстройство, при котором отмечается постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение общей продуктивности. Бредовые расстройства и галлюцинации не отмечаются и расстройство имеет не столь отчетливый психотический характер как гебефренная. Параноидная и кататоническая формы шизофрении. Характерные негативные признаки резидуальной шизофрении (т. е. уплощение аффекта, утрата побуждений и т.д.) развиваются без предшествующих отчетливых психотических симптомов. При нарастающей социальной бедности, может появиться бродяжничество, а больной становится самопоглощенным, ленивым, с отсутствием какой-либо цели.

***Этиология, патогенез шизофрении.***

Роль наследственности считается несомненным, но сущность ее неясна. Риск заболевания шизофренией для детей больного составляет около 15% при условии здоровой наследственности со стороны другого родителя. Если наследственность отягощена с обеих сторон, то риск развития шизофрении повышается до 40%. Закономерности передачи наследственного задатка и тем более механизмы неясны.

А.В. Снежневскому (1972) принадлежит учение о «нозосе» и «патосе» шизофрении. Pathos – наследственно обусловленная возможность развитие шизофрении которая может проявляться в конституциональных шизоидных чертах характера, или же следствие перенесенной шизофрении – различной степени дефект. Nosos – сама болезнь, активный процесс. Патос может перейти в нозос под влиянием провоцирующих факторов или в силу для нас неясных причин.

Провоцирующие факторы удается обнаружить во многих случаях. Только простая форма развивается без видимых причин. Острую полиморфную кататоническую шизофрению нередко провоцируют инфекции, любые лихорадочные заболевания. При постепенном начале заболевание становится заметным после психического стресса, например при ломке жизненного стереотипа.

Провокаторами параноидной шизофрении могут послужить психические травмы, алкогольное опьянение или употребление наркотиков, особенно гашиша и амфетамина.

Психогенные теории распространены в американской психиатрии. Наибольшее значение уделяется детству – неправильное отношение матери к ребенку (доминирующая гиперпротекция с ее стороны или, наоборот, эмоциональное отвержение).

Патогенез – все обнаруженные до сих пор при шизофрении нейрофизиологические, биохимические, иммунологические и другие отклонения оказались либо неспецифичными, либо встречались далеко не у всех больных, либо в лучшем случае коррелировали только с отдельным синдромами или состояниями при этой болезни.

Основные принципы лечения шизофрении.

Психотропные средства являются основным способом лечения. Выбор их определяется по ведущей симптоматике. После выхода из психоза многим больным необходимо поддерживающее лечение нейролептиками – меньшими дозами.

**2 Практический раздел ЭУМК**

**2.1 Задания к практическим занятиям по медицинской психологии для слушателей специальности «Практическая психология» заочной форм обучения**

**Практическое занятие №1:** Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ и нарушения психического развития

**Задание 1.** Ответьте на следующие вопросы:

1. Назовите виды психоактивных веществ.

2. Каковы критерии диагностики зависимости?

3.Какие существуют психологические теории зависимости?

4.Перечислите психиатрические и психологические классификации нарушений психического развития?

5. Раскройте сущность понятия «задержка психического развития».

6. Какова структура патопсихологического синдрома при задержке развития и при умственной отсталости?

7. Какова структура патопсихологического синдрома при раннем детском аутизме?

**Задание 2.** Распределите перечисленные психоактивные вещества по следующим категориям (***токсикомания, наркомания)***: опиум, каннабиноиды, **к**окаин, галлюциногены (психоделики, психодизлептики), амфетамины, барбитураты, реланиум (диазепам), элениум, бензодиазепины, бензин, ацетон, клей.

***Напоминание:***

Психоактивное вещество – это вещество натурального или синтетического происхождения способное вызывать при однократном приеме желательные с точки зрения пользователя эффекты, а при систематическом – психическую и физическую зависимость.

Наркотик – это вещество, удовлетворяющее трем критериям:

Медицинскому – это вещество должно обладать специфическим действием на ЦНС, что является причиной его немедицинского потребления.

Социальному – потребление его имеет большие масштабы, и последствия этого потребления приобретают социальную значимость.

Юридическому – вещество включено в официальный список наркотических средств.

Наркомания – болезнь, вызванная систематическим употреблением наркотиков и проявляющаяся психической и физической зависимостью от них.

Токсикомания – зависимость, вызванная веществами, не включенными в официальный список наркотиков.

Аддикция – употребление наркотических или токсических веществ, без зависимости.

Распределите перечисленные психоактивные вещества по следующим категориям (***токсикомания, наркомания)***: опиум, каннабиноиды, **к**окаин, галлюциногены (психоделики, психодизлептики), амфетамины, барбитураты, реланиум (диазепам), элениум, бензодиазепины, бензин, ацетон, клей.

**Практическое занятие №2: Нарушения пищевого поведения**

**Задание 1.** Ответьте на следующие вопросы:

1. Какие выделяют расстройства приёма пищи?

2. Назовите симптомы [н](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F)ервной анорексии.

3. Назовите симптомы нервной булимии.

4. Как проявляется [психогенное](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) переедание?

5. Какие можно выделить опасные тенденции в питании?

6. Какие существуют теории возникновения нарушений пищевого поведения? В чем они заключаются?

7. Каковы особенности психотерапевтической работы с нарушениями пищевого поведения?

**Задание 2.** Прокомментируйте следующий отрывок о личностных особенностях людей, страдающих нарушениями пищевого поведения. Охарактеризуйте возможные причины формирования разных видов расстройств пищевого поведения.

Исследованию личностных особенностей людей, страдающих нарушением пищевого поведения, а также специфике их жизненной ситуации посвящено множество работ, основные результаты этих исследований приведены ниже. Однако необходимо принимать во внимание скудность печатных работ, посвященных особенностям заболевания среди мужчин. Расстройства пищевого поведения существенно чаще встречаются у женщин (в сопоставлении с мужчинами как 6:1 — 10:1), что объясняется некоторыми исследователями как результат большей частоты раннего использования диет). Таким образом, изучению мужской выборки, подверженной заболеваниям, связанным с нарушением пищевого поведения посвящено столь мало работ, что не представляется возможным составить картину особенности возникновения и протекания заболевания, и последующий обзор справедлив для женской части больных.

Многие исследователи подчеркивают особенности детской и семейной ситуации лиц, страдающих нарушением пищевого поведения. Женщины, страдающие булимией и анорексией, как правило, описывают отношения с обоими родителями негативно. Palmer, Oppenheimer, and Marshall обнаружили, что пациентки с нарушением пищевого поведения в большинстве случаев описывают низкий уровень родительской заботы. Отцы, как правило, описываются как эмоционально сдержанные и отвергающие. Матери описываются как доминирующие, сверхопекающие и склонные к перфекционизму.

Исследования, проведенные Humphrey, подтвердили наличие таких паттернов взаимодействия в семьях лиц, страдающих нарушением пищевого поведения. В детстве пациентки получали от родителей как бы «двойственную информацию» о своем отношении к дочери. С одной стороны их поддерживали, с другой стороны, подрывали уверенность в себе. В результате такого взаимодействия у девочек появлялось чувство раздвоения, несоответствия ожиданиям родителей. В своем исследовании нарушений пищевого поведения Armstrong and Roth (1989) обнаружили, что женщины, страдающие нарушением пищевого поведения реагировали на предполагаемое отделение от близких очень бурно, даже неадекватно, по сравнению с людьми, не страдающими нарушением пищевого поведения.

Итак, картина обычно состоит из сверхконтролирующей, перфекционной матери, не поддерживающей попытки ребенка к отделению; эмоционально отвергающего отца, и дочери, которая чувствует себя отвергаемой, контролируемой и неадекватной.

Исследования показывают, что одной из ведущих проблем отношений с родителями у пациенток с нарушением пищевого поведения является проблема отделения от семьи и становления независимости. Kenny and Hart обнаружили, что женщины с нарушением пищевого описывают своих родителей как не поддерживающих попытки дочерей быть независимыми. Страдающие анорексией — склонны к зависимости от родителей, стремление стать как можно худее расценивается как попытка вернуться детское инфантильное состояние. Как правило, анорексия является этапом булимической симптоматики, и оба заболевания как бы препятствуют становлению зрелой взрослой личности, возникая в свою очередь на почве опять же недостаточной личностной зрелости и независимости.

Вспоминая свое детство, пациенты с анорексией говорят о себе как об очень послушных, образцовых детях. Они старались делать то, чего от них ожидали окружающие. Жизнь пациентки, страдающей анорексией, пронизана стремлением сделать все так, чтобы окружающие это одобрили. Всегда присутствует тревога о том, что если что-то сделать не так, как этого ожидают другие, то шансы быть любимой и уважаемой очень малы. Многие взрослые испытывают подобные тревоги, но для пациентов с анорексией эти переживания определяют всю их жизнь. Анорексия — это способ оставаться зависимым ребенком, лишая свое тело возможности приобретать взрослые очертания, а тем самым и ответственности, которая неизбежно приходит по мере взросления.

Родители больных анорексией часто описываются как крайне требовательные, с одной стороны стремясь иметь идеального ребенка, с другой — не оказывая ему достаточной поддержки и не выражая любви и привязанности. Ребенок не чувствует любви к себе как к личности. Но он видит, что за какие-то достижения его хвалят и поощряют. Однако никакая успешность не приводит к формированию стабильной самооценки и контакта с родителями. Анорексия позволяет привлечь к себе внимание, доказать себе свою силу и способность контролировать свою жизнь. Таким образом, женщины, у которых в детстве имели место конфликты, касающиеся взросления, сепарации, сексуальности, самооценки и трудностей в регуляции психического напряжения, возможно, более предрасположены к развитию пищевых нарушений.

Для пациенток, страдающих булимией, также крайне актуальной является тема зависимости от положительной оценки окружающих. Для стабилизации собственной самооценки, страдающим булимией необходимо быть уверенными в одобрении окружающих. Они стараются вести себя так, чтобы соответствовать ожиданиям людей вокруг них, собственные желания подавляются, отходят на второе место, первое же прочно занимает желание сделать счастливыми окружающих. Они думают, что для того, чтобы быть любимыми, им надо быть совершенными. Один из аспектов совершенства — это худоба. Им трудно принимать себя не такими, как ожидается, и это затрудняет их адекватное самовосприятие и взаимоотношения. Так как пациенты с булимией хотят нравиться окружающим, они предпочитают скрывать свои эмоции; выразить злость означает обидеть кого-нибудь, не понравиться ему. Поэтому они делают много того, чего не хотели бы делать, отсюда низкий уровень самовыражения. Такое поведение, несомненно, уходит корнями в раннее детство.

Таким образом, еще одной характерной чертой больных, страдающих нарушением пищевого поведения, является стремление к перфекционизму. Недостаточно теплые отношения с родителями и проблемы с отделением от них приводят к неустойчивости самооценки и трудностям при формировании зрелой, взрослой личности. Отсюда склонность к перфекционизму, зависимость от одобрения окружающих. Часто пациентки с нарушением пищевого описывают себя как неудачниц, делающих все «недостаточно хорошо». Даже много работая или учась, они никогда не бывают довольны собой в достаточной для удовлетворения сделанным степени, уверены в собственной ценности и значимости. Желание быть совершенными идет из недостаточного сформированного и независимого образа себя. Невозможность быть лучшей во всех сферах жизни вызывает у пациенток с нарушением пищевого поведения страх и тревогу, и единственной ареной, на которой возможны реальные изменения — это тело. Контролируя свой вес пациентка с нарушением пищевого поведения говорит себе — я контролирую свою жизнь, я — не неудачница!

У больных булимией желание совершенства принимает иное направление, когда дело касается еды — если я не могу быть хороша в сфере поддержания диеты, то пусть я буду отвратительна. Именно в силу перфекционизма больных с нарушением пищевого поведения способ коррекции веса через диету так мало эффективен в большинстве случаев: как правило, долго продержаться на диете не удается, и сбой в режиме принятия пищи приводит к усилению чувства вины и дискомфорта, которые устраняются только с помощью еды, отчего круг «еда — вина — еда» замыкается.

Еда снимает стресс — на время. Чем дольше длится расстройство пищевого поведения (или уже булимия), тем короче становятся периоды спокойствия после еды. Таким образом, еда становится регулятором настроения больного.

В исследовании Fonagy (1996) было показано, что у многих пациенток, страдающих нарушением пищевого поведения в течение жизни происходили тяжелые потери, травмы, в отношении которых у 64 % женщин сохранялась неразрешенность ситуации. Итак, вышеперечисленные проблемы и особенности больных, страдающих нарушением пищевого поведения, проистекают из детской ситуации. Поэтому необходимым представляется рассмотрение психоаналитического подхода к данной проблеме, как наиболее направленного на особенности детства пациентов. В психоаналитической концепции нарушения пищевого поведения рассматриваются как оральный регресс, процесс принятия пищи интерпретируется как возвращение к состоянию спокойствия и тепла возле матери. Большинство пациенток описывают процесс еды как «ощущение первичной гармонии», состояние спокойствия, блаженства — сродни состоянию младенца после насыщения молоком кормящей его матери. Принятие пищи — это своеобразное возвращение к сосанию материнской груди.

Таким образом, еда рассматривается как оральный способ компенсации. По наблюдениям клиницистов, большинство пациенток с нарушением пищевого поведения либо были рано отняты от груди, либо имели другие проблемы грудного вскармливания.

Оральная фиксация имеет отношение к формированию различных личностных структур, в особенности гипоманиакальной и истерической. Изучение этой сферы нарушения пищевого поведения необходимо для выявления предрасположенности к расстройствам аппетита.

Когнитивная парадигма также признает роль детской ситуации в развитии нарушения пищевого поведения, однако фокус исследований в данном контексте направлен на установление специфики когнитивного уровня больных нарушением пищевого поведения. Когнитивные нарушения признаны одним из главных аспектов нарушения пищевого поведения. В 1970 году психиатр Bruch описал анорексию как «неустанное желание худобы», Russell (1979) в своем изучении булимии характеризовал это заболевание как «постоянный страх полноты». Когнитивные нарушения, касающиеся формы и веса тела, являются патогномоничными для нарушения пищевого поведения.

**Практическое занятие №3: Психосоматика**

**Задание 1.** Ответьте на следующие вопросы:

1. Назовите предмет и задачи раздела «Психосоматика».
2. Какие выделяют основные теоретические подходы в психосоматике?
3. В чем заключается психологическая помощь при психосоматических расстройствах?
4. Проанализируйте различные подходы к определению и классификации психосоматических расстройств.
5. Какие расстройства называются соматоформными?
6. Какие заболевания относятся к психосоматическим заболеваниям?
7. Опишите синдром Мюнхгаузена и другие, искусственно демонстрируемые расстройства.
8. Какие особенности психологической диагностики и психотерапии в случае психосоматических расстройств.

**Задание 2.** Прокомментируйте следующий отрывок.Какиесложились представления о психосоматическом симптоме в традициях гештальт-подхода? Работая с телесным симптомом, каких идей придерживается гештальт-терапевт?

В современной традиционной медицине идея связи психики и тела представлена в выделении отдельного рода заболеваний – психосоматических. Это расстройства обуслословленные психологической причиной, но имеющие соматическое проявление. Круг этих заболеваний первоначально включал семь нозологических форм: бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, стенокардия, язвенная болезнь 12-перстной кишки, язвенный колит, нейродермит, полиартрит. В настоящее время их уже значительно больше. Кроме того, в международной классификации психических заболеваний МКБ-10 выделяют соматоформные расстройства (ось F45), уже само название которых говорит о том, что они соматические по форме проявления, но психологические по происхождению. К ним относятся: соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство и целый ряд соматоформных вегетативных дисфункций – сердца и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, мочеполовой системы и др. Как видно из текста, и психосоматические и соматоформные расстройства являются психологическими по происхождению, но соматическими по предъявлению жалоб. Важнейшей же их отличительной особенностью является то, что соматоформные расстройства функциональны, что позволяет работать с ними психотерапевтически, в то время как психосоматические расстройства имеют органические изменения со стороны органов и для их лечения применяются медицинские методы. Мы же не будем разделять эти расстройства, учитывая общую природу их происхождения – психогенную, что дает нам возможность для работы и с теми и другими применять психотерапию. Кроме того, мы не будем использовать формальное деление этих расстройств по нозологическому принципу а будем говорить об их конкретных проявлениях, рассматривая эти проявления как психосоматические симптомы. Таким образом, психосоматическим симптомом в тексте мы будем называть только тот, который имеет психогенную природу.

Гештальт-подход одно из направлений в психотерапии, где тело клиента, его телесность попадают в зону самого пристального внимания терапевта. И это не удивительно, так как одним из основных принципов гештальт-терапии является принцип холизма или целостности, согласно которому организм представляет собой единую, взаимосвязанную и взаимодетерминируемую целостность. Это, на наш взгляд, выгодно отличает гештальт-подход как от направлений, игнорирующих телесную сущность человека (классический психоанализ), так и от направлений, делающих телесность своим основным терапевтическим объектом внимания (телесно-ориентированная терапия). Для гештальт-терапевта тело является как источником информации о состоянии клиента, так и объектом терапевтических воздействий. Это становится особенно актуальным в контексте психосоматических проблем клиента, в которых тело берет на себя функцию выражения внутренних противоречий человека. Рассмотрим основные взгляды на тело и работу с ним в рамках гештальт-подхода.

В традициях гештальт-подхода сложились следующие представления о психосоматическом симптоме:

1. Симптом – это остановленная эмоция. Не проявленная эмоция становится разрушительной на телесном уровне.

2. Симптом – это следствие длительного эмоционального напряжения низкой интенсивности. Симптом трансформирует ситуацию из острой в хроническую.

3. Симптом – это превращенная форма контакта, организующий фактор в поле «организм-среда». Любой симптом когда-то был творческим приспособлением, превратившись впоследствии в стереотипный, ограничивающий паттерн.

4. Симптом - это сплав ретрофлексии и соматической проекции отчужденных переживаний на определенную часть тела.

Работая с телесным симптомом, гештальт-терапевт придерживается следующих идей: холизма, феноменологии, эксперимента.

**Идея холизма** – идея о целостности и взаимообусловленности: а) психического и соматического, б) организма и среды. Этих идей придерживаются и современные исследователи психосоматики, опирающиеся на целостное представление о человеке. (Ф. Александер, К. Теппервайн, К. Саймонтон). В обобщенной форме эти идеи выглядят следующим образом: болезнь и страдание – последствия неправильного мышления. Тело само по себе не может заболеть – оно лишь экран, проекция сознания. Поэтому нет смысла латать экран. Истинная причина болезни и страдания – это всегда мысль, мысль ложная. Болезнь – это лишь выражение, форма «проблемы». Это только возможность, которой пользуется жизнь, чтобы сказать нам, что где-то неладно, что мы не те, кто мы есть на самом деле.

Отец психосоматической медицины Ф. Александер предложил формулу, отражающую суть целостного подхода к возникновению болезни:  
Б (болезнь) = Г (функция) от {а, Ь, с, d, е, g, h, I, j, ...n}; где  
а – наследственная предрасположенность; b – родовые травмы;  
с – органические заболевания раннего возраста, вызывающие повышенную чувствительность определенных органов; d – особенности воспитания в раннем возрасте (особенности отнятия от груди, приучения к туалету, укладывания спать и т. д.); е – переживание телесно травмирующего опыта в детстве и младенчестве; g – переживание эмоционально травмирующего опыта в детстве и младенчестве; h – эмоциональный климат в семье и характерные личностные особенности родителей и сиблингов; i – недавние телесные повреждения; j – недавние эмоциональные переживания, связанные с интимными, личными и профессиональными отношениями.  
Вышеперечисленные факторы в различной степени имеют значение для этиологии любых заболеваний. Ко всем тем факторам, которым медицина уже давно уделяла внимание, психосоматический подход добавил факторы d, g, h, j. Лишь учет и анализ всех этих категорий и их взаимодействия может дать полную этиологическую картину заболевания.

**Идея феноменологии** – идея обращения к миру внутренних феноменов клиента, его субъективных переживаний по поводу своих проблем и затруднений, позволяющая смотреть на них глазами клиента, обращаться к так называемой внутренней, субъективной картине болезни. Суть феноменологии в том, чтобы обнаружить смыслы телесных посланий клиента, а не заниматься их интерпретацией. Гештальт-терапевт в процессе терапии пытается совместно с клиентом обнаружить индивидуальный смысл симптома или болезни, исследуя личную историю клиента, а не приписывать симптомам общечеловеческую символику.

**Идея эксперимента** – идея активного исследования и преобразования сложившихся способов взаимодействия клиента со средой с целью получения нового уникального опыта. Симптом в гештальт-терапии – это не патология психики, а патология контакта. Симптом – это не некоторое инородное образование, от которого нужно избавиться, – это способ саморегуляции. Способ саморегуляции невозможно «вылечить», можно лишь помочь клиенту найти другой способ саморегуляции, позволяющий полнее удовлетворить его потребности и интересы. Лишь экспериментируя с реальностью, можно получить новый опыт, который может изменить симптоматическую ситуацию клиента.

**2.2 Задания к лабораторным занятиям по медицинской психологии для слушателей специальности «Практическая психология» заочной форм обучения**

**Лабораторное занятие №1:** Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ и нарушения психического развития

**Задание 1.** Приведите примеры к этапам формирования зависимости.

*Этапы формирования зависимости:*

1. Начало употребления
2. Экспериментирование
3. Социальное употребление
4. Привычное употребление

**Задание 2.** Работа в малых группах.Проанализируйте факторы формирования зависимости с учетом проживания на территории Беларуси.

На сегодняшний день сложно назвать одну причину, по которой люди становятся алкоголиками и наркоманами. Одни при прочих равных условиях длительное время злоупотребляют алкоголем, не становясь при этом алкоголиками, у других же зависимость формируется быстро. Только 25% из всех пробовавших наркотики становятся наркоманами. Учитывая сложность вопроса, в мире принята биопсихосоциальная модель этиопатогенеза зависимостей. Это значит, что при формировании зависимости играют роль три компонента: биологический, психологический и социальный. Удельный вес каждого из этих факторов в каждом конкретном случае может быть разным.

Социально-культуральные факторы. Каждый человек находится в уникальном социальном окружении, которое влияет на него. Показано, что в развитии зависимости имеет значение характер воспитания: повышается риск развития зависимости в условиях воспитания по типу гипопротекции и в условиях жестких взаимоотношений. Неблагоприятные условия жизни повышают риск развития зависимости: нищета, бездомность, безработица, неграмотность, род занятий с высоким уровнем стресса. Большую роль играет фактор доступности наркотиков (медработники, бармены). Психотравмирующие жизненные обстоятельства: смерть супруга, развод, потеря работы. Социальные катаклизмы: быстрые изменения в социальной действительности ведут к тому, что выработанные ранее навыки деятельности теряют эффективность. Влияние, опосредованное через религию, традиции определяет малую распространенность алкоголизма в мусульманских странах. На Востоке опиум и каннабис выполняют роль, аналогичную алкоголю в Европе. Что касается пола и возраста, то большинство среди зависимых лиц составляют мужчины молодого и среднего возраста.

Психологические факторы: Нельзя спрогнозировать с большой степенью вероятности на основании характерологических особенностей станет ли человек наркоманом. Зависимость может встречаться среди любых типов личности. Однако некоторые личностные черты способствуют наркотизации: импульсивность, стремление к получению удовольствий, низкая переносимость боли и фрустрации, неустойчивость интересов, черты личностной незрелости (неадекватная самооценка, слабый самоконтроль).

Биологические факторы: Экспериментальные данные позволяют предположить, что предпочтение к алкоголю детерминируется несколькими генами, т. е. полигенное наследование. Генетически предопределяются и особенности обмена веществ индивидуума, посредующие различную чувствительность отдельных людей к алкоголю, различную психосоматическую реакцию на него. О роли генетических факторов свидетельствует и тот факт, что дети, биологические родители которых были алкоголиками, но адаптированные в нормальных семьях имеют риск развития зависимости в 4 раза выше по сравнению с обычными детьми. У однояйцовых близнецов конкордантность по этому признаку в 4 раза выше по сравнению с разнояйцовыми.

**Лабораторное занятие № 2:** Психосоматика

**Задание 1.** Работа в малых группах. Выберите актуальные для вас симптомы и проанализируйте их.

Анализ симптома как послания: а) какие потребности и переживания «застыли» в этом симптоме? К кому обращены эти слова? б) Зачем этот симптом. От чего он удерживает, от каких действий, переживаний спасает? Симптом в гештальт-терапии рассматривается как способ саморегуляции, особая форма контакта. Чаще всего непрямой, «рэкетный» способ удовлетворения потребности. Поиски другого, прямого, более эффективного способа удовлетворения потребности (идея эксперимента).

**Задание 2.** Работа в парах по следующей схеме.

Схема, используемая в гештальт-подходе («ощущение - чувство-объект чувства – отреагирование) в работе с симпотом.

1. Осознание ощущений. (Что это за ощущение, где оно локализовано? Например, задержка дыхания).

2. Осознание сдерживаемого чувства. (Какое чувство содержит данное ощущение? Например, «задерживая дыхание, я испытываю страх»).

3. Осознание адресата чувства. (К кому направлено это чувство? Например, «это мое чувство к …», «я испытываю его когда…»).

4. Осознание интроекта, запрета (Как именно клиент останавливает себя? Что нарушает спонтанность, насколько осознаваем запрет? Например, «Что произойдет, если ты выразишь это?»).

5. Отреагирование (Первоначально хотя бы мысленное. «Что хотел бы сделать, сказать?»).

6. Осознание себя с этим чувством. («Что с тобой произошло, когда ты это произнес?», «Как тебе с этим?»).

Рефлексия и групповое обсуждение.

**Лабораторное занятие № 3:** Кризисное вмешательство

**Задание 1.** Ответьте на следующие вопросы:

1. Назовите признаки, причины и разновидности психологического кризиса.

2. Перечислите принципы и методы кризисного вмешательства.

3. В чем заключается работа психолога на телефоне экстренной психологической помощи.

4. Какая существует экстремальная форма реакции на кризис?

5. Перечислите разновидности суицидального поведения.

6. Назовите социально-психологические факторы, связанные с суицидальным поведением.

7. Какие существуют методики диагностики суицидальных намерений?

8. Каким образом можно определить степень суицидального риска?

**Задание 2.** Слушатели работают с методикой определения склонности к суицидальному поведению М. Горской. Вначале слушатели отвечают на вопросы, а потом сообщается цель данной методики.

**Методика определения склонности к суицидальному поведению**

**(М. Горская)**

**Цель:** выявление склонности индивида к суицидального поведения.

**Форма проведения:** групповая.

**Время**: 30-45 минут.

**Возраст:** с 14 лет и старше.

**Инструкция испытуемому**. Сейчас вам зачитают утверждение, напротив каждого из них ставьте оценку по такому принципу: если утверждение вам подходит - то 2, если не совсем подходит - 1, если совсем не подходит - 0.

**Бланк опросника**

1. Я часто неуверенный в своих силах.
2. Нередко мне кажется безвыходным положение из которого можно было бы найти выход.
3. Я часто оставляю за собой последнее слово.
4. Мне трудно менять свои привычки.
5. Я часто краснею по пустякам.
6. Неприятности меня часто огорчают и я расстраиваюсь.
7. Нередко в разговоре я прерываю собеседника.
8. Мне трудно переключиться с одного дела на другое.
9. Я часто просыпаюсь ночью.
10. При больших неприятностях я беру вину на себя.
11. Меня легко разозлить.
12. Я очень осторожен в изменении своей жизни.
13. Я легко расстраиваюсь.
14. Бедствия и неудачи ничего меня не учат.
15. Мне приходится часто делать замечания другим.
16. В споре меня трудно переубедить.
17. Я переживаю даже через воображаемые неприятности.
18. Я часто отказываюсь от борьбы потому, что считаю ее бесполезной.
19. Я хочу авторитетом для окружающих.
20. Нередко не оставляют мысли, которых следовало бы избавиться.
21. Меня пугают трудности, с которыми столкнусь в жизни.
22. Нередко я чувствую себя беззащитным.
23. В любом деле я не довольствуюсь малым, а хочу достичь максимального успеха.
24. Я легко зближуюся с людьми.
25. Я часто обращаю внимание на свои недостатки.
26. Иногда у меня бывает подавленное настроение.
27. Мне трудно сдерживать себя, когда я сержусь.
28. Я очень волнуюсь, если в моей жизни неожиданно что-то меняется.
29. Меня легко убедить.
30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности.
31. Мне больше нравится руководить, а не подчиняться.
32. Нередко я проявляю упрямство.
33. Меня волнует состояние моего здоровья.
34. В трудные минуты я иногда веду, как ребенок.
35. У меня резкая жестикуляция.
36. Я неохотно иду на риск.
37. Я неохотно выдерживаю ожидания чего-то.
38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки.
39. Я - мстительный.
40. Меня огорчают даже незначительные нарушения моих планов.

**Обработка результатов**

И. Шкала тревожности: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

ИИ. Шкала фрустрации: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

ИИИ. Шкала агрессии: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 37, 31, 35, 39.

ИV. Шкала ригидности: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 26, 40.

**Интерпретация результатов**

Для каждой группы возможное количество баллов от 0 до 20, где «0» определяется как обнаружен проявление этой характеристики.

И. Шкала тревожности - определяет уровень способности индивида к ощущению тревоги:

0-7 баллов - низкий уровень тревожности

8-11 баллов - средний уровень тревожности

12-16 баллов - высокий уровень тревожности

17 баллов и более - очень высокий уровень тревожности.

ИИ. Шкала фрустрации - оказывает степень разочарования, которое возникает из-за реальные или мнимые препятствия, мешающие достижению целей:

0-7 баллов - низкий уровень фрустрации

8-9 баллов - средний уровень фрустрации

10-15 баллов - высокий уровень фрустрации

16 баллов и более - очень высокий уровень фрустрации.

ИИИ. Шкала агрессии - проявляет повышенный психологическую активность, стремление к лидерству через применение силы к другим людям. Для суицидентов допускается снижение агрессивности от 10 до 0:

0-10 баллов - низкий уровень агрессивности

11-12 баллов - средний уровень агрессивности

13-16 баллов - высокий Ривень агрессивности

17 баллов и более - очень высокий уровень агрессивности.

ИV. Шкала ригидности-осложнения в изменении определенной субъектом деятельности при условии, что такая перестройка действительно нужна. Для лиц с суицидальным поведением - 13 баллов и выше:

0-10 баллов - низкий уровень ригидности

11-12 баллов - средний уровень ригидности

13-16 баллов - высокий уровень ригидности

17 баллов и более - очень высокий уровень ригидности.

Добавляются все баллы по четырем шкалам и определяется показатель склонности к суицидальному поведению:

0-38 баллов - уровень склонности к суицидальному поведению низкий

39-45 баллов - уровень склонности к суицидальному поведению требует внимания к обследуемому.

46 баллов и более - уровень склонности к суицидальному поведению высок, нужна коррекционная работа.

**Задание 3.** Проанализируйте преимущества и недостатки основных способов профилактики суицидального поведения учащихся (работа в малых группах).

Основные психолого-педагогические мероприятия по профилактике суицидальности

*Первый уровень – общая профилактика*

Цель – повышение уровня психологического климата и групповой сплоченности в школе.

Мероприятия:

Создание общих школьных программ психологического здоровья, здоровой среды в школе, так чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь. Организация внеклассной воспитательной работы. Разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи, а также школы и всего сообщества. Учащиеся, чувствующие, что учителя к ним справедливы, что у них есть близкие люди в школе, ощущающие себя частью школы, гораздо реже думают или пытаются совершить самоубийство.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

• Изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении.

• Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе так и в период трудной жизненной ситуации (составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся).

• Психологическое просвещение среди родителей в первую очередь через выступления на родительских собраниях, лекториях, конференциях, через информирование на сайте гимназии.

• Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка.

• Формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей на различных уроках и занятиях по психологии.

• Привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

Второй уровень – первичная профилактика

Цель - выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств.

Мероприятия

1.Диагностика суицидального поведения

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

• Выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите.

• Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.

• Оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.

2.Индивидуальные и групповые занятия по обучению проблем разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

• Сопровождение детей и подростков группы риска по суицидальному поведению с целью предупреждения самоубийств: терапия кризисных состояний, формирование адаптивных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя подростками и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования.

• Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.

3.Классные часы, круглые столы, стендовая информация

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

• Изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование информации в работе с педагогами и родителями.

• Повышение осведомленности персонала, родителей и учащихся о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой

ситуации.

С педагогами проводится психологическое просвещение в вопросах психологического здоровья самих педагогов, а также дезадаптивного поведения детей и подростков, в том числе суицидального, дается информация о мерах профилактики суицида среди детей и подростков.

Родителей знакомим с информацией о причинах, факторах, динамике суицидального поведения, даются рекомендации, как заметить надвигающийся суицид, что делать, если у ребенка замечены признаки суицидального поведения.

С детьми о суициде вести беседы необходимо с позиции их помощи товарищу, который оказался в трудной жизненной ситуации. Известно, что подростки в трудной ситуации чаще всего обращаются за помощью и советом к своим друзьям, чем к взрослым.

Именно поэтому подростки должны быть осведомлены о том, что суицид это уход, уход от решения проблемы, от наказания и позора, унижения и отчаяния, разочарования и утраты, отвергнутости и потери самоуважения, словом, от всего того, что составляет многообразие жизни, пусть и не в самых радужных ее проявлениях. Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах. Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Дети должны получить достоверную информацию

о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи оказавшемуся в беде другу или знакомому.

4.Разработка плана действий в случае самоубийства, в котором должны быть процедуры действия при выявлении учащегося группы риска, действия при угрозе самоубийства и после самоубийства.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

• Включение созданной системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе (составленной программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся) в общий план действий.

• Определение своей позиции и перечня конкретных действий при выявлении учащегося группы риска, при угрозе учащегося закончить жизнь самоубийством, и после самоубийства.

Третий уровень – вторичная профилактика

Цель - Предотвращение самоубийства.

Мероприятия

1.Оценка риска самоубийства.

Оценка риска самоубийства происходит по схеме: крайняя (учащийся имеет средство совершения самоубийства, выработан четкий план), серьезная (есть план, но нет орудия осуществления) и умеренная (вербализация намерения, но нет плана и орудий).

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

• Педагог-психолог может взять на себя роль того, кто мог бы отговорить самоубийцу от последнего шага или выступить в роли консультанта того, кто решился вступить в контакт с учащимся, который грозится покончить жизнь самоубийством, отговорить самоубийцу от последнего шага.

• Психолог входит в состав кризисного штаба по предотвращению самоубийства.

2.Оповещение соответствующего учреждения психического здоровья (психиатрическая клиника), запрос помощи. Оповещение родителей.

3.Разбор случая со школьным персоналом, который был включен в работу, так чтобы он мог выразить свои чувства, переживания, внести предложения относительно стратегий и плана работы.

Задачи педагога-психолога на данном этапе должны быть определены и

требуют проработки.

Четвертый уровень – третичная профилактика

Цель - Снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация суицидентов.

Мероприятия

1.Оповещение, возможность проконсультироваться с психологом, внимание к эмоциональному климату в школе и его изменению.

Задачи педагога-психолога на данном этапе:

Оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у

очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал школы).

**Лабораторное занятие № 4:** Психологическая реабилитация

**Задание 1.** Ответьте на следующие вопросы:

1. Какие цели и задачи психологической реабилитации.
2. В чем отличие реабилитационной диагностики от патопсихологического исследования?
3. Какие особенности реабилитации психически больных?
4. Какие особенности реабилитации после соматического заболевания?
5. Какие особенности реабилитации больных с поражениями мозга?
6. Какие методы применяются в психотерапии для реабилитации?

**Задание 2.** Прокомментируйте использование данных методов психосоциального воздействия на больных с различным типом патологии.

**Методы психосоциального воздействия**

Эти методы часто являются решающими в плане возвращения больных в семью, общество, к про­изводительному труду.

а) терапия средой — воздействие путем измене­ния непосредственного окружения больного — внешней обстановки и микросоциалъной среды таким образом, чтобы вызвать коррекцию продук­тивных психопатологических нарушений и способ­ствовать стимуляции активности больных в преодо­лении дефицитарных расстройств. При осуществлении этого вида терапии прида­ется значение удобству, просторности, хорошей освещенности, приятному внешнему виду поме­щений, где находится больной; взаимоотношению больного с соседями по палате и медперсоналом. Особую работу проводят с родственниками и близкими больного, привлекая их к сотрудниче­ству в целенаправленном устранении болезненных проявлений. Этот аспект лежит в основе одного из самых важных подвидов терапии средой — семей­ной терапии, главным методом которой является психопедагогическая работа с родственниками больных, в результате которой возникает груп­повое взаимодействие, направленное на измене­ние межличностных отношений в семье. Целью яв­ляется не только приспособление больного к сре­де, но и среды к нему.

б) терапия занятостью — вид социотерапии, при котором больные привлекаются к различным, преимущественно продуктивным занятиям, име­ющим характер хобби — творчеству, домоводству, развлекательно-познавательным и спортивным мероприятиям. Этот вид терапии имеет целью стимулировать социальную активность больных путем развития раз­личных форм проведения досуга, обогащением внутреннего мира и расширением круга интересов. Разновидностями этого вида терапии являются культтерапия (психотерапевтически ориентирован­ное воздействие развлекательно-познавательных ме­роприятий), библиотерапия (воздействие чтением), музыкотерапия (воздействие музыкальными заня­тиями), арттерапия (воздействие изобразительным искусством) и т.д. Пассивные формы (прослуши­вание рассказов, музыки, просмотр кино, посе­щение театра) постепенно сменяются активными (участие в обсуждении, собственное творчество).

в) трудотерапия — лечение производительным трудом: от простых его видов в щадящих услови­ях (лечебно-трудовые мастерские) до промыш­ленной реабилитации, осуществляемых на пред­приятиях.

**3 Раздел контроля знаний ЭУМК**

**Вопросы к зачету**  **по курсу «Медицинская психология»**

1. Предмет и задачи медицинской психологии.
2. Разделы медицинской психологии.
3. Качественные и количественные методы исследования и интерпретации данных в медицинской психологии.
4. Основные направления работы психолога в клинике.
5. Этические аспекты деятельности медицинского психолога.
6. Нормативные документы Республики Беларусь, регламентирующие работу психологов.
7. Функции клиннко-психологической помощи.
8. Критерии психического здоровья (М. Ягода).
9. Психическое здоровье и психическая норма.
10. Психическое и психологическое здоровье.
11. Психическая болезнь, психическое расстройство, симптом и синдром.
12. Современные классификации психических расстройств (МКБ-9, МКБ-10).
13. Основные виды психических расстройств.
14. Предмет патопсихологии и задачи и особенности патопсихологического исследования по сравнению с другими видами психологического исследования.
15. Общая характеристика нарушений психической деятельности органического генеза.
16. Структура и особенности синдрома деменции.
17. Структура патопсихологического синдрома при эпилепсии (нарушение динамики психических процессов, нарушение познавательных процессов, личностные нарушения).
18. Роль патопсихологического исследования в ранней диагностике атрофических заболеваний мозга.
19. Структура патопсихологических синдромов при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона.
20. Систематика тревожных расстройств.
21. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств: расстройство в виде множественной личности, психогенная амнезия, психогенная фуга.
22. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств: психогенные расстройства чувствительности, конверсионные расстройства.
23. Общая характеристика синдрома депрессии.

1. Нарушения психической деятельности при маниакальных состояниях.
2. Современные подходы к определению и классификации расстройств личности.
3. Психологические концепции возникновения личностных расстройств.
4. Виды личностных расстройств.
5. Структура и разновидности шизофренического синдрома.
6. Различные психологические подходы к пониманию шизофрении.
7. Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ.
8. Психологические теории зависимости.
9. Психологические подходы к терапии зависимостей.
10. Особенности патопсихологического исследования в случае зависимостей.
11. Психиатрическая и психологическая классификация нарушений психического развития.
12. Структура патопсихологического синдрома при задержке развития и при умственной отсталости.
13. Структура патопсихологического синдрома при раннем детском аутизме (РДА).
14. Классификация расстройств приёма пищи.
15. Теории возникновения нарушений пищевого поведения
16. Основные теоретические подходы в психосоматике (психодинамический, когнитивно-бихевиоральный, социальный).
17. Психологическая помощь при психосоматических расстройствах.
18. Соматоформные расстройства.
19. Психосоматические заболевания.
20. Синдром Мюнхгаузена и другие, искусственно демонстрируемые расстройства.
21. Психологический кризис, его признаки, причины и разновидности.
22. Принципы и методы кризисного вмешательства.
23. Работа психолога на телефоне экстренной психологической помощи.
24. Суицидальное поведение как экстремальная форма реакции на кризис.
25. Профилактика суицидального поведения.
26. Цели и задачи психологической реабилитации.
27. Реабилитация психически больных, после соматического заболевания, больных с поражениями мозга.

**4 Вспомогательный раздел ЭУМК**

Министерство образования Республики Беларусь

Учреждение образования «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПЕРЕПОДГОТОВКИ  по дисциплине «Медицинская психология»  в соответствии с типовым учебным планом  переподготовки, утвержденным  12.05.2014 25-13/585 | УТВЕРЖДАЮ  Директор ИПК и ПК  Ю.В.Кравченко  2014 |

Специальность (код и наименование) ­ 1-03 04 72 «Практическая психология»

Квалификация ­ педагог-психолог

Форма получения образования ­ очная (вечерняя)

Продолжительность обучения (в месяцах) ­ 17,5 месяцев

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование тем и форм текущей аттестации | Количество учебных часов | | | | | | | | | | Этапы | Кафедра |
| Всего | Распределение по видам занятий | | | | | | | | |
| аудиторные занятие | | | | | | | | Самостоятельная работа |
| Лекции | практические занятия | семинарские занятия | Круглые столы, тематические дискуссии | Лабораторные занятия | Деловые игры | Тренинги | Конференции |
| **3.5 Медицинская психологии** | **40** | **10** | **6** | **-** | **-** | **8** | **-** | **-** | **-** | **16** |  | кафедра социально-гуманитарных дисциплин |
| 3.5.1 Предмет, задачи, методы исследования в медицинской психологии и виды психологической помощи в клинике |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.5.2 Психическое здоровье и психическая болезнь |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.5.3 Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга и тревожных расстройств |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.5.4 Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств и расстройств настроения |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.5.5 Патопсихологическая характеристика расстройств личности и шизофрении |  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.5.6 Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ и нарушения психического развития |  |  | 2 |  |  | 2 |  |  |  | 2 |  |
| 3.5.7 Нарушения пищевого поведения |  |  | 2 |  |  |  |  |  |  | 2 |  |
| 3.5.8 Психосоматика |  |  | 2 |  |  | 2 |  |  |  | 4 |  |
| 3.5.9 Кризисное вмешательство |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  | 2 |  |
| 3.5.10 Психологическая реабилитация |  |  |  |  |  | 2 |  |  |  | 2 |  |
| Форма итоговой аттестации |  | зачет | |  |  |  |  |  |  |  | 1 |

Зав.кафедрой социально-гуманитарных дисциплин И.А.Мазурок

Ассистент кафедры Н.А. Шаньгина

Учреждение образования «Гомельский государственный

университет имени Ф.Скорины»

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  Директор ИПК и ПК  Ю.В.Кравченко  2014 |

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Медицинская психология»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | по специальности «Практическая психология»  в соответствии с типовым учебным планом  переподготовки, утвержденным  12.05.2014 25-13/585 |  |

Гомель, 2014

Разработчик программ:

Н.А.Шаньгина, ассистент

Рекомендована к утверждению:

кафедры социально-гуманитарных дисциплин ИПК и ПК

Протокол заседания от 25.07. 2014 протокол № 12

Совета ИПК и ПК учреждения образования «Гомельский государственный университет имени Ф.Скорины»

Протокол заседания от 25.07. 2014 протокол № 11

**ВВЕДЕНИЕ**

Необходимость изучения дисциплины обязательного компонента «Медицинская психология» связана со многими факторами, здесь, прежде всего, выполнение должностных обязанностей психолога в учреждениях образования, которые включают как психологическую диагностику, так и профилактику и психологическую коррекцию детей, что невозможно без знания медицинской психологии. Актуальность изучения дисциплины обусловлена тесной взаимосвязью медицинской и психологической составляющих личности, и взаимозависимостью этих составляющих, новыми подходами к психологической коррекции, психопрофилактике и психотерапии, что связано с использованием мультидисциплинарных подходов, и требует четкого взаимодействия при психологической коррекции и психотерапии со специалистами медицинского профиля – психотерапевтами, психиатрами, невропатологами.

Целью дисциплины обязательного компонента «Медицинская психология» является овладение слушателями основами медицинской психологии.

Задачами дисциплины являются:

- ознакомление с основами теоретических понятий, которыми оперирует медицинская психология;

- усвоение основных законов и принципов, на которые опирается медицинская психология;

- формирование практических умений и навыков, применяемых в медицинской психологии.

Для успешного изучения данной дисциплины необходимы знания по таким курсам, как «Общая психология», «Основы анатомии и нейропсихологии», «Общая психодиагностика».

Программа курса «Медицинская психология» предназначена для слушателей специальности 1-03 04 72 «Практическая психология» заочной и вечерней форм обучения. Программа ориентирована на усвоение основных теоретических положений медицинской психологии, так и на решение задач практической подготовки к работе в образовательных учреждениях.

**Содержание ДИСЦИПЛИНЫ**

**ТЕМА 1. Предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии и виды психологической помощи**

Предмет медицинской психологии. Медицинская психология как наука, изучающая психологические факторы, связанные с возникновением, лечением и профилактикой заболеваний. Разделы медицинской психологии.

Качественные и количественные методы исследования и интерпретации данных в медицинской психологии.

Основные направления работы психолога в клинике. Этические аспекты деятельности медицинского психолога. Нормативные документы Республики Беларусь, регламентирующие работу психологов.

Основные направления психологической помощи в клинике. Функции клиннко-психологической помощи (развитие личности, коррекция, реабилитация, профилактика). Психологическое консультирование. Психологическая коррекция и психотерапия. Психологическая реабилитация. Кризисное вмешательство. Психологические методы профилактики заболеваний.

**ТЕМА 2. Психическое здоровье и психическая болезнь**

Критерии психического здоровья (М. Ягода). Психическое здоровье и психическая норма. Психическое и психологическое здоровье. Уровни психического здоровья по Б.С. Братусю: личностный, индивидуально-психологический, психофизиологический. Зависимость критериев психического здоровья от теоретического подхода.

Психическая болезнь, психическое расстройство, симптом и синдром. Современные классификации психических расстройств (МКБ-9, МКБ-10). Основные виды психических расстройств.

**ТЕМА 3. Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга и тревожных расстройств**

Предмет патопсихологии. Задачи и особенности патопсихологического исследования по сравнению с другими видами психологического исследования.

Общая характеристика нарушений психической деятельности органического генеза. Структура и особенности синдрома деменции. Диагностика деменции в патопсихологическом исследовании. Психологическая помощь больным с деменцией и их родственникам.

Структура патопсихологического синдрома при эпилепсии (нарушение динамики психических процессов, нарушение познавательных процессов, личностные нарушения). Задачи патопсихологической диагностики при эпилепсии.

Роль патопсихологического исследования в ранней диагностике атрофических заболеваний мозга. Структура патопсихологических синдромов при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона.

Нарушения сознания и внимания в острых и отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы (далее - ЧМТ). Нарушения умственной работоспособности, изменения личности, снижение - интеллектуальных способностей, нарушения памяти. Задачи патопсихологической диагностики при отдаленных последствиях ЧМТ.

Структура патопсихологических синдромов при сосудистых поражениях мозга.

Систематика тревожных расстройств: паническое, фобическое, генерализованное тревожное, обсессивно-компульснвное, посттравматическое стрессовое и соматоформное расстройства. Концепции тревожных расстройств в различных теоретических подходах. Психотерапия больных с тревожными расстройствами.

**ТЕМА 4. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств и расстройств настроения**

Концепция истерии в классическом психоанализе. Современные представления об истерии. Понятие диссоциации. Расстройство в виде множественной личности. Психогенная амнезия. Отличие психогенной амнезии от органической амнезии. Психогенная фуга. Психогенные расстройства чувствительности. Конверсионные расстройства. Психотерапия диссоциативных расстройств.

Общая характеристика синдрома депрессии. Разновидности депрессивных синдромов. Психологические теории депрессии: психоанализ, экзистенциализм, когнитивная теория депрессии А. Бека, теория выученной беспомощности М. Селигмана. Социальные факторы в развитии депрессии. Нарушения психической деятельности при депрессии и их проявление в патопсихологическом исследовании. Основные подходы к психотерапии больных с депрессией.

Нарушения психической деятельности при маниакальных состояниях. Особенности динамики психических процессов, эмоционально-волевой и когнитивной сферы у маниакальных больных.

**ТЕМА 5. Патопсихологическая характеристика расстройств личности и шизофрении**

Современные подходы к определению и классификации расстройств личности. Психологические концепции возникновения личностных расстройств. Виды личностных расстройств: шизоидное, шизотипическое, демонстративное, тревожное, зависимое, обсессивно-компульсивное, антисоциальное, параноидное, эмоционально неустойчивое, пограничное. Патопсихологическая диагностика и психологическая помощь при расстройствах личности.

Структура и разновидности шизофренического синдрома. Различные психологические подходы к пониманию шизофрении. Патопсихологическое исследование при шизофрении. Нарушения операциональной, динамической и мотивационной стороны мышления при шизофрении. Нарушения восприятия при шизофрении: нарушение актуализации прошлого опыта, изменение мотивационной основы восприятия. Нарушения эмоциональной сферы. Нарушения мотивационной сферы. Речь больного шизофренией. Личность больного шизофренией и его внутренний мир. Социальная адаптация больного шизофренией. Психотерапия и психологическая реабилитация больных шизофренией.

**ТЕМА 6. Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ и нарушения психического развития**

Виды психоактивных веществ. Критерии диагностики зависимости. Психологическая и физическая зависимость. Толерантность, синдром отмены. Психологические теории зависимости. Психологические подходы к терапии зависимостей. Особенности патопсихологического исследования в случае зависимостей.

Психиатрическая и психологическая классификация нарушений психического развития. Понятие «задержки психического развития», виды задержек. Умственная отсталость. Структура патопсихологического синдрома при задержке развития и при умственной отсталости.

Структура патопсихологического синдрома при раннем детском аутизме (РДА). Разновидности РДА. Психологические концепции раннего детского аутизма. Психологическая помощь детям с РДА и членам их семей.

**ТЕМА 7. Нарушения пищевого поведения**

Классификация расстройств приёма пищи. [Нервная анорексия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F). [Нервная булимия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D1%83%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%8F). [Психогенное переедание](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5). [Психогенная рвота](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B2%D0%BE%D1%82%D0%B0&action=edit&redlink=1). Опасные тенденции в питании: неоправданное применение диеты, орторексия.

Теории возникновения нарушений пищевого поведения: физиологические, эмоциональные, социальные, личностные.

Психотерапевтическая работа с нарушениями пищевого поведения.

**ТЕМА 8. Психосоматика**

Предмет и задачи психосоматики. Основные теоретические подходы в психосоматике (психодинамический, когнитивно-бихевиоральный, социальный). Психологическая помощь при психосоматических расстройствах. Различные подходы к определению и классификации психосоматических расстройств. Соматоформные расстройства. Психосоматические заболевания. Синдром Мюнхгаузена и другие, искусственно демонстрируемые расстройства. Психологическая диагностика и психотерапия в случае психосоматических расстройств.

**ТЕМА 9. Кризисное вмешательство**

Психологический кризис, его признаки, причины и разновидности. Принципы и методы кризисного вмешательства. Работа психолога на телефоне экстренной психологической помощи. Суицидальное поведение как экстремальная форма реакции на кризис. Разновидности суицидального поведения. Типология суицидентов по Э.Шнейдману: искатели смерти, инициаторы смерти, отрицатели смерти, игроки со смертью. Социально-психологические факторы, связанные с суицидальным поведением. Диагностика суицидальных намерений, определение степени суицидального риска. Профилактика суицидального поведения.

**ТЕМА 10. Психологическая реабилитация**

Цели и задачи психологической реабилитации. Важность оценки исходного состояния больного. Отличие реабилитационной диагностики от патопсихологического исследования.

Реабилитация психически больных. Реабилитация после соматического заболевания. Реабилитация больных с поражениями мозга.

Повышение самостоятельности и ответственности больных как важный принцип реабилитации. Демократизация отношений в клинике как основное условие реабилитации. Применение методов психотерапии в реабилитации. Другие методы реабилитации.

###### **СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

**Основная**

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. - М., 2002.
2. Детская патопсихология: Хрестоматия. - М., 2000.
3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. - М., 1999.
4. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский и др. - СПб., 2005.
5. Клиническая психология / п. ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб., 2002.
6. Карсон, Р.Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. - СПб., 2006.
7. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики / Р, Комер. - СПб. 2002.
8. Международная классификация болезней {10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. - СПб, 1994.
9. Патопсихология: Хрестоматия. - М., 2000.
10. Репина, Н. В. Основы клинической психологии / Н. В. Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. - Ростов-на-Дону, 2003.
11. Хомская, Е. Д. Нейропсихология / Ё. Д. Хомская. - М., 1987.

**Дополнительная**

13. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. - СПб., 2000.

14. Антонян, Ю. М. Криминальная патопсихология / Ю. М. Антонян, В. В. Гульдан. - М, 1995.

15. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек и др. - СПб., 2003.

16. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. - М., 1988.

17. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия: в 2 т / Г. И. Каплан, Б.Дж. Сздок. - М„ 1994.

18. Кемпинскин, А. Психология шизофрении / А. Кемпинский. - СПб., 1998.

19. Кожуховская, И. И. Нарушение критичности у психически больных / И. И. Кожуховская. - М., 1985.

20. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. - М., 1988.

21. Кризисные события и психологические проблемы человека/ П. ред. Л.А. Пергаменщика. - Минск, 1997.

22. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. - М., 1991.

23. Куттер, П. Современный психоанализ/П. Куттер. - СПб., 1997.

24. Крукович, Е. И. Кризисное вмешательство / Е. И. Крукович. - Минск, 2003.

25. Лебединский. В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. - М., 2003.

26. Лэнг, Р. Расколотое «Я» / Р. - Лэнг. М., 1995.

27. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. - М., 1998.

28. Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. - СПб., 2001.

29. Менцос, С. Психодинамическне модели в психиатрии / С. Менцос. - М., 2001.

30. Моховиков, А. Н. Телефонное консультирование/ А. Н. Моховиков. - М., 2001.

31. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. - М., 1987.

32. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: Пути помощи /О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. - М., 2000.

33. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология / Л. А. Пергаменщик. - Минск, 2004.

34. Поляков, Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении / Ю.Ф. Поляков. - М., 1974.

35. Психотерапия: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб., 2000.

36. Слепович, Е.С. Ребенок с задержкой психического развития (психологическая характеристика). Методическое пособие / Е. С. Слеповнч. - Минск, 1996.

37. Соколова, Е. Т. Самосознание м самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. - М., 1989.

38. Томэ, X.. Современный психоанализ: в 2 т. / X. Томэ, X. Кэхеле. - М., 1996.

39. Рубинштейн, С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. - М., 1962.

40. Фролова, Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья / Ю Г. Фролова. - Минск, 2003.

41. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко. - СПб., 1997.

42. Херсонский, Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний / Б. Г. Херсонский. - Киев, 1988.

43. Хрестоматия по суицидологии. - Киев, 1996.

44. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М., 1990.

**МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Предмет и задачи медицинской психологии.
2. Разделы медицинской психологии.
3. Качественные и количественные методы исследования и интерпретации данных в медицинской психологии.
4. Основные направления работы психолога в клинике.
5. Этические аспекты деятельности медицинского психолога.
6. Нормативные документы Республики Беларусь, регламентирующие работу психологов.
7. Функции клиннко-психологической помощи.
8. Критерии психического здоровья (М. Ягода).
9. Психическое здоровье и психическая норма.
10. Психическое и психологическое здоровье.
11. Психическая болезнь, психическое расстройство, симптом и синдром.
12. Современные классификации психических расстройств (МКБ-9, МКБ-10).
13. Основные виды психических расстройств.
14. Предмет патопсихологии и задачи и особенности патопсихологического исследования по сравнению с другими видами психологического исследования.
15. Общая характеристика нарушений психической деятельности органического генеза.
16. Структура и особенности синдрома деменции.
17. Структура патопсихологического синдрома при эпилепсии (нарушение динамики психических процессов, нарушение познавательных процессов, личностные нарушения).
18. Роль патопсихологического исследования в ранней диагностике атрофических заболеваний мозга.
19. Структура патопсихологических синдромов при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона.
20. Систематика тревожных расстройств.
21. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств: расстройство в виде множественной личности, психогенная амнезия, психогенная фуга.
22. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств: психогенные расстройства чувствительности, конверсионные расстройства.
23. Общая характеристика синдрома депрессии.

1. Нарушения психической деятельности при маниакальных состояниях.
2. Современные подходы к определению и классификации расстройств личности.
3. Психологические концепции возникновения личностных расстройств.
4. Виды личностных расстройств.
5. Структура и разновидности шизофренического синдрома.
6. Различные психологические подходы к пониманию шизофрении.
7. Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ.
8. Психологические теории зависимости.
9. Психологические подходы к терапии зависимостей.
10. Особенности патопсихологического исследования в случае зависимостей.
11. Психиатрическая и психологическая классификация нарушений психического развития.
12. Структура патопсихологического синдрома при задержке развития и при умственной отсталости.
13. Структура патопсихологического синдрома при раннем детском аутизме (РДА).
14. Классификация расстройств приёма пищи.
15. Теории возникновения нарушений пищевого поведения
16. Основные теоретические подходы в психосоматике (психодинамический, когнитивно-бихевиоральный, социальный).
17. Психологическая помощь при психосоматических расстройствах.
18. Соматоформные расстройства.
19. Психосоматические заболевания.
20. Синдром Мюнхгаузена и другие, искусственно демонстрируемые расстройства.
21. Психологический кризис, его признаки, причины и разновидности.
22. Принципы и методы кризисного вмешательства.
23. Работа психолога на телефоне экстренной психологической помощи.
24. Суицидальное поведение как экстремальная форма реакции на кризис.
25. Профилактика суицидального поведения.
26. Цели и задачи психологической реабилитации.
27. Реабилитация психически больных, после соматического заболевания, больных с поражениями мозга.